VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ Komisji Zdrowia
(nr 138)
z dnia 8 lipca 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 138)

8 lipca 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie rządowych projektów ustaw:
– o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia (druk nr 2503);
– o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2504);
– o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2505).

W posiedzeniu udział wzięli: **Bartosz Arłukowicz** minister zdrowia, **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Igor Radziewicz-Winnicki**, **Cezary Rzemek** oraz **Aleksander Sopliński** – podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Wojciech Wiewiórowski** główny inspektor ochrony danych osobowych wraz ze współpracownikami, **Andrzej Jesionek** dyrektor Biura Ubezpieczeń Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Wasilewska** zastępca dyrektora Departamentu Prawnego Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wraz ze współpracownikami, **Barbara Sońta** naczelna pielęgniarka Wojska Polskiego w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej wraz ze współpracownikami, **Teresa Sulik** starszy specjalista w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Lucyna Dargiewicz** przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Barbara Gad-Karpierz**, **Robert Mołdach** i **Monika Tomaszewska** eksperci Pracodawców RP, **Renata Górna** radca i **Jerzy Sokołowski** ekspert w Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jacek Jassem** prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, **Romuald Krajewski** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Kucharewicz** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej wraz ze współpracownikami, **Anna Nasierowska-Guttmejer** prezes Polskiego Towarzystwa Patologów, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Grażyna Rogala-Pawelczyk** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Maria Tauroginska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Bogdan Cichy** – legislator z Biura Legislacyjnego oraz **Grzegorz Ciura** – specjalista z Biura Analiz Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Bardzo proszę o zaprzestanie rozmów i zajęcie miejsc. Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów na posiedzeniu Komisji. Witam pana ministra, jak widzę, ze wszystkimi najbliższymi współpracownikami w komplecie. Witam przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, a także bardzo serdecznie witam wszystkich gości licznie zaproszonych na posiedzenie Komisji.

Zaczynamy procedowanie pakietu kolejkowo-onkologicznego, jak potocznie jest nazwany. Są to druki o kolejnych numerach 2503, 2504 i 2505. Na początek zapytam, czy są uwagi do porządku obrad. Nie widzę zgłoszeń. W takim razie, oddam głos panu ministrowi. Od razu państwa poinformuję – rozmawiałem o tym z panem ministrem – że ponieważ te trzy ustawy były przedstawione na sali plenarnej, pan minister, żeby już nie powtarzać pewnych elementów, krótko odniesie się do wszystkich trzech druków

sejmowych, a następnie przeprowadzimy dyskusję. Będę państwu udzielać głosu. Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Panie posłanki, panowie posłowie, szanowni goście, przedstawiamy trzy nowelizacje ustaw dotyczące dwóch pakietów, w publicznej debacie nazwanych kolejkowym i onkologicznym. W Komisji Zdrowia powinniśmy jednak posługiwać się językiem formalnym, w związku z tym, będziemy przeprowadzać zmiany w ustawach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o konsultantach w ochronie zdrowia i o zawodach pielęgniarki i położnej. Tak jak pan przewodniczący powiedział, nie chciałbym państwu zajmować zbyt dużo czasu, bo, po pierwsze, wszyscy państwo doskonale znają te projekty. Wszyscy członkowie Komisji Zdrowia są merytorycznie zaangażowani w prace w systemie, w związku z tym, bardzo ogólnie przedstawię zarys tych zmian. Jeśli będą pytania, jestem do państwa dyspozycji wraz ze swoimi współpracownikami.

Chciałbym tylko pokreślić na wstępie jedną ważną rzecz. W całym tym procesie ważne jest tempo czy rygor pracy, dlatego, że jeśli mamy przeprowadzić te zmiany w sposób bezpieczny dla pacjentów, to musimy dać czas NFZ na wprowadzenie produktów finansowych, przeprowadzenie odpowiednich procedur związanych z kontaktem ze świadczeniodawcami. Dlatego bardzo zależy nam na sprawnym wprowadzeniu tych zmian w życie.

W związku z tym, przechodzę do pierwszej ustawy, o świadczeniach, w której zmieniamy kilka kluczowych rzeczy. Pierwsze, to zmiany dotyczące onkologii. Wychodzimy naprzeciw oczekiwaniom zarówno pacjentów, jak i innych środowisk dotyczących limitowania w leczeniu onkologicznym. Staramy się przeprowadzić zmiany w taki sposób, aby pacjent stał w centrum zainteresowania całego systemu ochrony zdrowia, i żeby pacjent był otoczony całościową opieką onkologiczną. Zdejmujemy limity w świadczeniach onkologicznych, ale tylko w tych miejscach, gdzie dotrzymany będzie odpowiedni termin świadczenia usługi medycznej, czyli odpowiedni termin diagnostyki i leczenia, i jeszcze pod warunkiem utrzymania pewnego standardu leczenia onkologicznego. Chcemy wzmocnić rolę lekarzy rodzinnych w czujności onkologicznej. Wprowadzamy specjalne skierowanie przez cały proces diagnozy i leczenia choroby nowotworowej.

Wprowadzamy system diagnozowania i realizowania całej ścieżki diagnostyczno -leczniczej dla pacjenta w postaci konsylium. Chcielibyśmy, aby zmieniała się formuła, żeby to nie pacjent szukał specjalistów, tylko specjaliści zgromadzeni w jednym miejscu mogli zarysować drogę leczenia onkologicznego pacjenta. Chcemy w końcu doprowadzić do sytuacji takiej, aby leczenie onkologiczne było z organizacyjnego punktu widzenia finansowane w sposób podobny do tego, jak się finansuje to leczenie w krajach europejskich, czyli, żebyśmy położyli nacisk na leczenie ambulatoryjne, jednodniowe, komfortowe dla pacjenta, żeby leczenie szpitalne było prowadzone wszędzie tam, gdzie faktycznie ono jest potrzebne, a nie tylko korzystne organizacyjne.

Kolejny pakiet, to zmiany kolejkowe, dotyczące zmniejszenia kolejek do świadczeniodawców z innych dziedzin medycyny. Wprowadzamy skuteczne narzędzia monitorowania prowadzenia list oczekujących. Wyłączamy z list oczekujących pacjentów przychodzących na wizyty kontrolne, zmieniamy system raportowania przez świadczeniodawców do NFZ długości czasu oczekiwania w kolejkach, czyli, odchodzimy od wyłącznie średniego czasu oczekiwania czy liczby pacjentów, co było nadzorem mało wydajnym organizacyjnie, a wprowadzamy pierwszy wolny termin i raportowanie co tydzień.

Jeśli odłożymy na bok polityczne argumenty, to większość z państwa w tej sali zgodzi się, że płatnik powinien pełnić rolę właśnie płatnika a nie kreatora polityki zdrowotnej. Dlatego, zmieniając m.in. sposób powoływania i odwoływania prezesa NFZ, a także nadzór merytoryczny na oddziałami, proponujemy, aby dyrektorów oddziałów także powoływał i odwoływał minister. Chcemy wprowadzić zmiany w sposobie kontraktowania, położyć większy nacisk na to, aby to resort zdrowia kreował politykę zdrowotną, a także w sposobie prowadzenia konkursów. Chcielibyśmy także przeprowadzić zmiany dotyczące planowania i strategii finansowania inwestycji w systemie ochrony zdrowia

w kraju. Wprowadzamy konieczność stworzenia dla całego kraju regionalnych i ogólnokrajowych map zapotrzebowania zdrowotnego. Musimy zakończyć taką sytuację, że bardzo wiele różnych podmiotów i instytucji prowadzi własne polityki zdrowotne, często dublujące się i powodujące określone niedobory świadczeń medycznych w regionie. Mapy zapotrzebowania zdrowotnego będą konsumować zarówno stan, jaki mamy dzisiaj – instytucjonalny i kadrowy, a także będą opisywać to, w jaki sposób system ochrony zdrowia będzie funkcjonować w regionie prze najbliższe lata.

Wprowadzamy konieczność opiniowania przez wojewodę inwestycji w systemie ochrony zdrowia. I tu, od razu chciałbym rozwiać pewne wątpliwości, które pojawiają się w przekazie medialnym. Mówimy o inwestycjach powyżej 2 mln zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i powyżej 3 mln zł w szpitalu, ale – podkreślam – nie jest to decyzja wojewody w kontekście takim, że komuś zabraniamy lub ułatwiamy dostęp do świadczeń medycznych. Jest to decyzja, która będzie mieć wpływ na wysokość konkursów i punktowania w NFZ.

Wprowadzamy też kilka innych zmian dotyczących wyceny świadczeń medycznych. Proponujemy, aby wycenę świadczeń medycznych przenieść z NFZ do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Myślę, że powoli dobiega końca czas, w którym NFZ pełnił monopolistyczną rolę w zakresie zarówno wyceny, jak i kontraktowania, a także kontroli dostępu do tych świadczeń. Chcemy zmienić długość czasu umów zawieranych z NFZ. AOS – 5 lat, szpitale – 10 lat, POZ – umowy bezterminowe.

Chcielibyśmy także ułatwić pacjentom możliwość dostępu do stosowanej dzisiaj powszechnie, aczkolwiek nie do końca trafnie opisanej prawnie, tak zwanej porady receptowej. Według naszych analiz – a przeanalizowaliśmy wszystkie poradnie w Polsce w pełnych zakresach – ogromna większość – kilkanaście, kilkadziesiąt, ale są i takie, w których 90%, a nawet 100% wizyt, które są odbywają, to porady receptowe. W związku z tym wprowadzamy możliwość finansowania porady receptowej.

Odnośnie do leczenia onkologicznego, chcielibyśmy zaproponować nowe rozwiązania, które dotychczas nigdy publicznie nie zostały zatwierdzone. Toczyła się wokół nich dyskusja przez wiele lat. Myślę, że nadszedł na to czas – w szpitalu powinien przebywać wyłącznie ten pacjent, który powinien przebywać w szpitalu. Szpital nie może służyć za osłonę socjalną czy jakąkolwiek inną pod względem organizacyjnym. Dlatego wprowadzamy możliwość rozliczenia przez szpitale onkologiczne, radioterapeutyczne usługi hotelowej, ale także dowozu pacjenta. Chodzi o to, żeby wrócić do pewnych standardów, które funkcjonują w Europie Zachodniej, że większość pacjentów jest leczonych w trybie ambulatoryjnym jednodniowym, a w szpitalu są wyłącznie ci, którzy ze względów zdrowotnych potrzebują tego szpitala lub leczą powikłania po leczeniu. To najbardziej ogólne zmiany, bardzo szybko przedstawione przeze mnie, ale nie chcę wydłużać czasu pracy Komisji. Wszyscy państwo znają propozycje dotyczące ustawy o świadczeniach.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Chcemy, aby, tak jak w znacznej części krajów zachodnich Unii Europejskiej, pielęgniarki miały możliwość kontynuacji recepty lub wypisywania recepty – mówimy o pielęgniarkach z II stopniem studiów wyższych.

Oczywiście te zmiany nie nastąpią z dnia na dzień. Zmiany w onkologii i w NFZ – od 1 stycznia 2015 r., zaś zmiany dotyczące możliwości wypisywania niektórych leków przez pielęgniarki – od 1 stycznia 2016 r. W związku z tym, chciałbym rozwiać wątpliwości, jakie się pojawiły, dotyczące tego, że cały rok 2015 planujemy poświęcić na szkolenia z zakresu przepisywania recept dla pielęgniarek, które już dzisiaj w systemie funkcjonują. Chcemy przeszkolić te pielęgniarki, które będą chciały wypisywać recepty, będą chciały korzystać z tej kompetencji.

Wreszcie, zmiana ustawy o konsultantach krajowych i wojewódzkich, sprowadzająca się właściwie do tego, że zbliżamy formułę współpracy konsultanta krajowego z ministrem zdrowia, ale także konsultantów wojewódzkich z konsultantem krajowym, i wprowadzamy przepisy, które umożliwią w sposób efektywny unikanie konfliktu interesu. Czyli będziemy proponować, aby konsultanci krajowi upubliczniali miejsca, w których osiągają swoje dochody. To nie jest tak, że każemy komuś składać oświadczenia majątkowe. To nie jest tak, że zabraniamy konsultantom dorabiać w różnych innych instytucjach czy firmach, ale chcemy, żeby ta działalność była przejrzysta i jawna. W związku

z tym po raz kolejny chciałbym rozwiać kolejne wątpliwości. To nie jest tak, że resort zakazuje konsultantowi pracy czy aktywności zawodowej w takim czy innym sektorze. Ustawa proponowana przez nas obliguje konsultanta do tego, aby ujawnił swoje źródła dochodu i mógł wyłączyć się z postępowań, które prowadzi, jeśli zachodzi ryzyko konfliktu interesu.

Panie przewodniczący, szanowne panie posłanki i panowie posłowie, to jest bardzo krótki opis proponowanych przez nas zmian. Oczywiście, są to bardzo głębokie zmiany, oczekiwane od wielu lat. Mam nadzieję, że praca nad nimi będzie przebiegać w sposób niezwykle merytoryczny. Jesteśmy do państwa dyspozycji. Uczuliłem swoich współpracowników, aby w czasie debaty nad tymi bardzo poważnymi i głębokimi zmianami unikać jakiejkolwiek dyskusji politycznej. Jesteśmy do państwa pełnej merytorycznej dyspozycji i wyłączamy się z walki politycznej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Otwieram dyskusję. Od razu powiem, jakie są propozycje, przynajmniej z mojej strony. My oczywiście mieliśmy pierwsze czytanie na sali plenarnej, ale, po pierwsze, nie wszystkie osoby miały możliwość wypowiedzenia się w tej sprawie, a jedynie miały możliwość zadania pytania. Ponadto mamy tu zaproszonych gości, którzy w tamtej części pracy nad tymi ustawami nie mieli możliwości wypowiedzenia się. Teraz odbędziemy dyskusję, a potem postawię wniosek o powołanie podkomisji. Zobaczymy, jaki będzie efekt głosowania nad tym wnioskiem.

Chciałbym też, ponieważ jest dużo zaproszonych gości, zaproponować na tym etapie ograniczenie wypowiedzi do trzech minut. Kto z państwa posłów chciałby zabrać głos? Bo posłowie w pierwszej kolejności będą zabierać głos. Pan poseł Chmielowski, proszę uprzejmie.

Poseł Piotr Chmielowski (SLD):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, w pierwszej kolejności chciałbym podziękować za to, że mówił pan dzisiaj krótko, zwięźle i na temat. Jeśli powiedziałem z mównicy sejmowej, że wreszcie Ministerstwo Zdrowia wzięło się do roboty, to po pełnej analizie tego tekstu, który dzisiaj otrzymaliśmy w postaci druku na papierze, a wcześniej na iPadach, muszę powiedzieć, że wzięło się do roboty, ale nie do końca. Zakreśliłem bardzo wiele obszarów, które wymagają dyskusji. Chciałbym uniknąć jakichkolwiek wycieczek politycznych czy personalnych w tej kwestii, ale uważam, że dla dobra pacjentów powinniśmy te kwestie na tym posiedzeniu Komisji wnikliwie i dokładnie przedyskutować. Tu już nie chodzi o słownictwo, czy różnego rodzaju sformułowania, których oczywiście możemy się czepiać, i z prawa i lewa, bo tam jest mnóstwo różnych... Zresztą, podam kilka przykładów z pierwszych artykułów, natomiast, chciałbym na początek przedstawić kilka punktów, które, według Sojuszu Lewicy Demokratycznej, mają charakter polemiczny. To znaczy, nie chciałbym, żeby to był atak – i nie chciałbym, żeby to tak było odebrane – ale wydaje mi się, że to jest istotne. Otóż, dzisiaj pan powiedział, że dyrektorów i zastępców oddziałów NFZ będzie powoływać minister zdrowia. Słyszeliśmy to wszyscy przed chwilą. Oczywiście, jest to jakieś rozwiązanie, natomiast czy w tej sytuacji, w jakiej dzisiaj jest NFZ, z prezesem i tą strukturą, która jest niewydolna, pracuje w sposób fatalny, niekompetentny w różnych miejscach – nie będę podawać przykładów, bo to miałoby charakter polityczny – jest pan do końca przekonany, że rozwiązanie, że to pan będzie powoływać dyrektorów oddziałów i ich zastępców, jest słuszne. To jest pierwsze pytanie, jak myślę, o kapitalnym znaczeniu, dlatego, że mam odnośnie do tego wątpliwości. I nie dlatego, że patrzę na ministra Arłukowicza, tylko dlatego, że nie wiem, czy ta metodyka będzie właściwa.

Dalej. Nie ma najmniejszej wątpliwości, że każdy z konsultantów krajowych i wojewódzkich powinien złożyć oświadczenie odnośnie do źródeł dochodu. Ja z mównicy sejmowej powiedziałem wyraźnie, że oczywiście takie oświadczenie powinno być złożone. Każdy z nas, posłów, je składa. I to nie jest tajemnica. Zresztą, pan minister doskonale wie, bo mieliśmy pewnego rodzaju konflikt, że każdy z nas podaje takie źródło dochodów. Natomiast uważam, że jako minister powinien pan dochować pełnej tajemnicy, a mianowicie, to powinno być znane wyłącznie organom państwa i ministrowi zdrowia.

To znaczy, że to nie powinno być w żaden sposób publikowane czy w jakikolwiek sposób przekazywane. Nie chcę tego problemu podnosić politycznie, ale, żeby nie było takiej sytuacji, że jeśli ktoś podpadnie – tak to nazwijmy – to minister wchodzi na mównicę i cytuje, gdzie ten człowiek zarabia. To powinno pozostać w tajemnicy. Tego nie widzimy w zapisach, które pan minister dzisiaj przedstawił.

Następna sprawa – zresztą, mam ich zaznaczonych kilka – dotyczy powoływania do różnych gremiów. Pozwolę sobie przywołać art. 95b: „Tworzy się Wojewódzką Radę do spraw Potrzeb Zdrowotnych...". Nie chcę polemizować. Uważam za bardzo mądre, że to się tworzy, ale w pkt 4 czytamy: „jeden przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny". Większość z państwa, którzy śledzili moją biografię czy różne moje działania, doskonale wiedzą, że reaguję alergicznie na tę instytucję. Nie ma żadnej wątpliwości, dlaczego tak na nią reaguję. Pan minister się śmieje, i bardzo dobrze, bo pan minister również dobrze wie, że to jest siedlisko, nie dokończę, czego...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, proszę puentować.

Poseł Piotr Chmielowski (SLD):

Przepraszam, panie przewodniczący, ale ja w imieniu Sojuszu chciałbym troszkę... Problem polega na tym, że jeżeli mamy rozszerzyć o wojewódzką, to chciałbym przypomnieć, że ta instytucja nie ma wojewódzkich organów. To jest instytucja centralna, więc to będzie powołanie jakiegoś namaszczeńca – tak to nazwijmy – do odpowiedzialności na poziomie wojewódzkim. To jest jeden z elementów, na który chciałbym zwrócić uwagę. Uważam, że co za dużo, to niezdrowo.

To samo dotyczy kwestii związanych z Agencją Oceny Technologii Medycznych. Jest art. 31, który zacytuję: „Zakresy zadań zastępców Prezesa Agencji określa statut Agencji". Bardzo bym chciał, dla dobra państwa polskiego – to znaczy, nie mówię tego w sensie politycznym – żeby najpierw ten statut był w pełni znany, rozpoznany i przeanalizowany, zanim zadania zastępców prezesa czy prezesa uchwalimy.

Mamy wiele takich podkreśleń dotyczących powołania na pięcioletnią kadencję – bo kadencja prezesa Agencji i jego zastępców trwa 5 lat. Rozumiem, że statut jest bardzo istotny, ale jest tak, że każdy pisze statut pod siebie. Kto wie, w jaki sposób funkcjonuje to w różnych układach czy spółkach, to wie, że statut jest statutem. Jest więc bardzo istotne, żeby, zanim ktokolwiek będzie glosować nad czymkolwiek, poznać kwestię tych statutów. To jest jeden z kolejnych elementów.

Zanim przejdę do kwestii pielęgniarek, przywołam jeszcze jedną kwestię legislacyjną. Już w art. 3 ust. 2, który ma być zmieniony – to jest pierwsza strona ustawy, tej grubej książki, jaką mamy...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, naprawdę, jeśli pamiętam, miał pan przyjemność występować w imieniu swojego klubu, więc to wszystko pan wtedy powiedział.

Poseł Piotr Chmielowski (SLD):

Jeszcze pół minuty. Przepraszam, panie przewodniczący, ale czuję się zobowiązany. Otóż, pomysłodawca tej ustawy stwierdza, że alumni seminariów duchownych nie są osobami. Myślę, że to trzeba poprawić.

Już kończąc – wychodzę naprzeciw, panie przewodniczący – chciałbym zapytać pana ministra, i to jest pytanie konkretne. Czy wszystkie zmiany dotyczące wypisywania recept i funkcjonowania pielęgniarek, czyli ich nieupodmiotowienia poprzez NFZ, pan minister konsultował z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych? Czy te osoby wypowiedziały się w pana obecności na ten temat, który w tej chwili pan nam przedstawił, i jakie są z tego konkluzje? Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Hrynkiewicz, proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ustawy, nad którymi dzisiaj procedujemy, są niezwykle ważne, i oczywiście nie wystarczyłoby nam kilku dni, żeby je omówić. Zresztą, przychylając się do prośby pana przewodniczącego, tylko krótko zadam panu ministrowi pytania dotyczące tego, co wydaje się niejasne.

Sprawa pierwsza. Powiązanie tego, co pan proponuje w pakiecie onkologicznym – tak nazwijmy to ogólnie – z programem, który jest realizowany od roku 2005. Obserwując realizację tego programu można powiedzieć, że właściwie poniósł on znaczne fiasko, ponieważ we wszystkich wskaźnikach nie obserwujemy takiej poprawy, jaka byłaby potrzebna. Dlatego prosiłabym o wyraźne wskazanie, jakie będą tutaj związki.

Druga sprawa dotyczy tego, co mają robić lekarze pierwszego kontaktu. Ze wszystkich sprawozdań, które tutaj obserwujemy – ja obserwuję je trzeci rok – wynika, że lekarze pierwszego kontaktu nie chcieli zrealizować nawet tego pakietu minimum, o czym mówił pan dr Meder na jednym z posiedzeń Komisji w tym roku. Dlatego trzeba tutaj wyraźnie powiedzieć, że musi być wdrożone szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu, bo skończy się na tym, że właściwie będzie można wszystkich kierować na listę onkologiczną bez większej potrzeby. Następna sprawa z tym związana, to włączenie onkologii w zakresie odpowiednim do potrzeb do systematycznego kształcenia studentów wydziałów lekarskich. To jest niezwykle ważne, tym bardziej że z onkologią nie rozstaniemy się przez długie lata.

Następne pytania, które chcę zadać, dotyczą już innych zagadnień. Czytając tę ustawę o konsultantach mam wrażenie, że konsultantem można zostać za karę, ponieważ tam są już takie obostrzenia, takie kary, natomiast, kto to jest konsultant. To jest ten, kto udziela porady. To jest ktoś, z kim można się naradzić w jakiejś sprawie. Konsultowanie się to jest wzajemne rozpatrywanie jakiegoś zagadnienia. Jeżeli my nakładamy na konsultantów różne sankcje karne i służbowe, to trzeba rozważyć również to... Chyba, że to będzie obowiązkowe, i pan będzie wyznaczać, to wtedy wprowadzimy zarządzeniem. Jeśli ktoś ma sam poświęcić się tej bardzo trudnej pracy, to myślę, że przy tych wszystkich karach i sankcjach nie będzie to możliwe. Już nie mówię o tym, o czym pisze główny inspektor ochrony danych osobowych, a co także warto rozważyć – chciałabym bardzo podziękować za ekspertyzy, które pojawiły się przy okazji tych ustaw. Takie są moje wątpliwości. Myślę, że warto by się zastanowić, kogo chcemy obdarzyć tak dużym zaufaniem, a jednocześnie, w jaki sposób – opierając się nie tylko na procedurach urzędniczych, ale przede wszystkim na opiniach środowiska specjalistów – dobierać tych konsultantów i nie nakładać na nich kar, tylko zastanowić się, jak budować zaufanie do nich i autorytet przede wszystkim w środowisku medycznym.

Następna ustawa dotyczy pielęgniarek. Pamiętam dramatyczną dyskusję, która odbyła się rok temu. Trzeba było wydłużyć obowiązywanie ustawy, bo nie opracowano programów kształcenia pielęgniarek. Teraz nagle pojawia się nowe zadanie dla pielęgniarek. Nie wiem, czy pielęgniarki są do tego przygotowane, czy nie są. Nie wiem, jaki kurs farmacji odbywają pielęgniarki na swoich studiach czy w szkołach, w których zdobywają ten zawód. Warto byłoby się tym zainteresować. Jednak mnie interesuje inna sprawa. Mianowicie, jeżeli pielęgniarka ma samodzielnie ordynować pewne leki, to chcę zapytać o odpowiedzialność za samodzielne ordynowanie leków. Ostatecznie, to chyba lekarz będzie odpowiadać za szereg specyfików farmaceutycznych, które będą stosowane w tym zakresie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc, proszę uprzejmie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, Wysoka Komisjo, oczywiście bardzo dobrze, że mamy tutaj wyłączyć politykę, dlatego że jest to bardzo poważna i pilna sprawa, a o pilnych i poważnych sprawach trzeba rozmawiać przede wszystkim w sposób prawdziwy i bardzo profesjonalny. Jeśli więc mówimy o tak zwanym pakiecie onkologicznym, o pakiecie kolejkowym, o pielęgniarkach i konsultantach krajowych, to musimy mieć zapewnienie, że ci, co chcą robić reformy czy naprawiać ten system, muszą mieć pewien fundament.

Czyli, po pierwsze, muszą mieć strategię, koncepcję, taktykę, metodologię działań. Muszą też wykazać kim chcą tego dokonać, a przede wszystkim określić finanse – gdzie i jakie będą. Mówienie, że realokacja i efektywna alokacja środków niewiele daje, i niewiele mówi, tym bardziej że wiemy z praktyki, że to praktycznie nic nie oznacza.

Po kolei. Dlaczego tak ważny i pilny jest pakiet onkologiczny? Rzeczywiście przez wszystkich ten pakiet jest oczekiwany. Jeśli wiemy, że co roku 150 tys. Polaków dowiaduje się, że ma raka, a z tego 90 tys. co roku umiera, to jest to alarm. Jest to dramat. Jeśli Światowa Organizacja Zdrowia mówi, że w Polsce codziennie 57 osób umiera na raka, to jest to horror. Jest to dramat, wbrew chwytliwym hasłom, że mamy haka na raka. Jest to nieprawda – nie mamy haka na raka. Można rzec, ż Polska umiera na raka. Dlatego te działania są bardzo pilne i bardzo potrzebne.

Jeśli mówimy o kolejkach, to tak samo dzieje się dramat kolejkowy. To wszystko też jest bardzo ważne i potrzebne.

Jeśli mówimy o pielęgniarkach – ja oczywiście mówię w wielkim skrócie, ale zaraz przejdę do pewnych szczegółów – to widzimy to w ten sposób, panie ministrze, że z jednej strony nie daje pan minimalnych norm zatrudnienia, a jeśli pan daje, to praktycznie ich nie ma, bo przecież każdy dyrektor może realizować te normy jak sobie upatrzy. Zagwarantował pan pracę pielęgniarki do 67. roku życia, rozwarstwił pan bardzo płace – pielęgniarka bardzo mało zarabia, a w końcu chce pan wyposażyć tę pielęgniarkę – czy to dobrze, czy źle, będziemy o tym jeszcze dyskutować – w ordynowanie pewnych leków.

Pytanie zasadnicze: a gdzie jest pacjent? Gdzie jest ta usługa pielęgniarska? Jeśli jedna pielęgniarka będzie na dyżurze – bo na to pozwalają minimalne normy zatrudnienia – jeśli będzie dochodzić do 67. roku życia i bardzo mało będzie zarabiać, nawet z tytułem magistra, to dać jej jeszcze wypisywać leki... Bardzo dobrze, można dać, ale trzeba dać pieniądze i pewien fundament. Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który i tak jest bardzo obciążony pracą, chce pan jeszcze obciążyć w ten sposób, że to on będzie praktycznie opowiadać za tę czujność onkologiczną, ale jeśli będzie za bardzo czujny onkologicznie, to też będzie zweryfikowany, i jeszcze zostanie za to obciążony, bo weryfikacja będzie obowiązywać tylko niego. Czyli, to ani nie jest sprawiedliwe, ani zasadne.

Jeśli pan chce, panie ministrze, dać bezterminową umowę i nie zawrzeć możliwości renegocjacji czy waloryzacji, to też będzie dyskryminowanie i w jakiś sposób deprecjonowanie lekarza pierwszego kontaktu. Co więcej, przecież pan chce, żeby ten lekarz wydawał jeszcze skierowania do okulisty i dermatologa. Czyli, jeszcze bardziej obciąża pan jego pracę, natomiast, nie ma żadnej rekompensaty finansowej. Tak nie można. Tak to nie działa nigdzie na świecie ani w żadnym układzie. Jeśli pan chce zwiększać odpowiedzialność, kompetencje i zakres specjalistycznych badań, takich jak echo serca, EKG metodą Holtera, wskaźnik PSA, to bardzo dobrze, ale bez pieniędzy tego nie da się zrobić. To jest pewne.

Konsultanci krajowi. Jeśli pan zakłada różnego rodzaju konflikty interesów itd., to konsultant krajowy powinien tyle zarabiać, że właściwie nie powinien pracować w innych jednostkach. Po drugie, nic pan nie zmienia, bo oczekiwaną zmianą... Ja panu powiem, jaka jest oczekiwana zmiana. Taka, że w sprawie konsultanta krajowego będzie decydować, będzie go przedstawiać i opiniować samorząd lekarski, środowisko samorządowe. Tak, przez samorząd. Ale, to jak pan chce zachować całkowitą bezstronność konsultantów? Jak pan zachowa całkowitą bezstronność konsultantów, jeżeli pan będzie powoływać i odwoływać konsultantów krajowych? Czy będą pana krytykować? Ile razy pana skrytykuje? Raz, dwa, i po konsultancie. Oczywiście, jest to efekt uboczny.

Panie ministrze, proszę państwa, możemy dyskutować, ale chcielibyśmy dyskutować poważnie i w sposób konstruktywny. Czyli, narzędzia, instrumenty, strategia, metodologia działań i finanse. I jeszcze raz mówię, panie ministrze, realokacja i efektywna alokacja środków, że pan zabiera z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lecznictwa szpitalnego na tak zwany pakiet kolejkowy czy pakiet onkologiczny, to jest po prostu oszukiwanie siebie, i nas, i pacjentów, a przecież o pacjentów chodzi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze raz ponawiam apel o skracanie wypowiedzi. Do tej pory wypowiadały się 3 osoby, a trwało to 25 minut. Zatem, jeszcze raz bardzo proszę o to, aby te wypowiedzi były bardziej skondensowane. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Mam nadzieję, że zmieszczę się w trzech minutach. Panie ministrze, szanowna Komisjo, moje zdanie odnośnie do przedmiotowego pakietu ustaw jest takie, że chyba nie ma bardziej gorących tematów niż kolejka i onkologia. Myślę, że dobrze się dzieje, że zaczynamy procedowanie w tym kierunku. Mam też nadzieję, panie ministrze, że te wszystkie ustawy zostały przekonsultowane z różnymi resortami, środowiskami i osobami, do których te projekty będą kierowane i które będą te projekty realizować. Mam taką nadzieję, że taka dyskusja się odbyła i to jest efekt tych wspólnych uzgodnień i wspólnych stanowisk. Panie ministrze, podchodząc z całą życzliwością do tego pakietu i jak najbardziej z wolą pracy nad tym pakietem – uważam, że to jest dobry kierunek. Mam jednak kilka spostrzeżeń, którymi chciałabym się podzielić z szanowną Komisją i z panem ministrem. Przedstawię je dość ogólnie, bo myślę, że na szczegóły przyjdzie czas w momencie, kiedy już będziemy procedować.

Pierwsze moje pytanie, dotyczy POZ i jej roli, ponieważ w przypadku kolejek i zmian onkologicznych cedujemy na nią kolejne obowiązki. Chciałabym bardzo, żeby środowisko lekarzy rodzinnych wiedziało dokładnie, jakie zadania będą na nich spoczywać, i żeby ta rola w systemie rzeczywiście była znacząca. I *à propos* POZ, pozwolę sobie zasygnalizować problem ze wskaźnikiem, który pojawia się w ustawie. Myślę, że to jednak jest temat do dyskusji, w jaki sposób powinniśmy kontrolować osoby, które będą diagnozować pacjentów onkologicznych.

Druga rzecz, która mnie zaintrygowała, to mapy. Zawsze byłam zwolenniczką i orędowniczką map. Uważałam, że mapy regionalne już dawno powinny powstać i na ich podstawie powinniśmy planować, a później kontraktować, a więc, pełna zgoda odnośnie do zasady. Odnośnie do tego, kto ma to organizować, już mam wątpliwości, ale brakuje mi w tym jeszcze jednego elementu. Mianowicie, tutaj państwo pokazują strategię przede wszystkim pod kątem epidemiologii, demografii, a więc strategię zdrowotną. Natomiast, absolutnie nie wynika z tego – przynajmniej ja tak zrozumiałam czytając ten projekt – analiza obecnej infrastruktury i wykorzystania obecnego potencjału. Myślę więc, że ten element również powinniśmy uwzględnić.

Kolejna rzecz, to Narodowy Fundusz Zdrowia, który pewnie będzie budzić różnego rodzaju wątpliwości, bo odnośnie do polityki zdrowotnej, która powinna być w rękach ministra zdrowia, nikt nie ma wątpliwości – pełna zgoda. Natomiast moje pytanie jest takie, czy aby na pewno minister zdrowia powinien przygotowywać warunki kontraktowania. Takie obszary spostrzegłam w tej ustawie, na które – powtarzam – z pełną życzliwością zwracam uwagę.

Kolejna rzecz dotyczy pielęgniarek. Kilka razy już tu wypłynął ten temat, czy aby na pewno pielęgniarki tego chcą, czy są przygotowane. Widzę, że okres wejścia ustawy w życie jest dość długi. Można by się zastanowić, czy by go jeszcze nie wydłużyć o 2–3 lata, aby ten proces rzeczywiście był ewolucyjny. To jest pierwsza moja uwaga. A druga – kto, tak naprawdę, będzie ponosić odpowiedzialność za leczenie pacjenta? Bo jeżeli pielęgniarka będzie ordynować leki, zlecać badania, wypisywać leki, to po której stronie, i kto, będzie brać odpowiedzialność za leczenie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, ja mam dwa pytania, które dotyczą dwóch różnych projektów. Pierwsze, to jest właściwie uwaga dotycząca ustawy o konsultantach. Muszę powiedzieć, że akceptuję przepisy tej ustawy, wyrażam tylko trochę rozczarowania tym, że pan minister nie zdecydował się zaproponować dalej idącego rozwiązania, bo uważam, po pierwsze, że liczba konsultantów jest zbyt duża i zbyt poszatkowane są dzie-

dziny medycyny, które mają swoich konsultantów. I o ile na poziomie krajowym to może ma uzasadnienie, o tyle na poziomie regionalnym – moim zdaniem – absolutnie nie. Według mnie, trzeba było zrobić jeden krok więcej do przodu. To uwaga dotycząca tej ustawy.

Natomiast jeśli chodzi o ustawę o świadczeniach – bo to jest dużo poważniejszy problem – zwracam uwagę na to, na co zresztą zwrócili uwagę analitycy Biura Analiz Sejmowych, że następuje pewne uprzywilejowanie pacjentów onkologicznych. Ja nie chcę wchodzić w kwestię merytoryczną, czy to jest potrzebne, czy nie, tylko w kwestię konstytucyjności tych przepisów, na co zwracają uwagę prawnicy BAS, czy takie uprzywilejowanie ma pełne uzasadnienie, i czy to nie jest krzywdzenie pacjentów, którzy mają nieszczęście zachorować na inne choroby niż onkologiczne. Czy nie powinniśmy zaproponować również innych pakietów, albo przynajmniej ustawowo zagwarantować, że środki na leczenie tych pacjentów onkologicznych, którzy będą mieć szybką i nieograniczoną ścieżkę do korzystania z pieniędzy publicznych, pochodzić będą z puli onkologicznej, a nie z innych rodzajów lub zakresów świadczeń, bo w tym momencie, w proponowanym projekcie ustawy nic takiego nie ma? To jest pewnie bardzo trudne do zapisania ustawowo, niemniej jednak – moim zdaniem – takie pytanie się pojawia, i mam obawę, że w przypadku przyjęcia tej ustawy po jej procedowaniu może okazać się, że ktoś złoży wniosek do Trybunału Konstytucyjnego i uzyska odpowiedź o niekonstytucyjności pewnych jej przepisów. Stąd moja obawa.

I jeszcze jedna krótka sprawa, dotycząca map. Mówiła o tym też pani przewodnicząca, ale ja mam trochę inne pytanie. Jeśli chodzi o te ciała, które będą tworzyć mapy, mają to być przedstawiciele wojewody, samorządów szczebla wojewódzkiego i szczebla powiatowego. Mam krótkie pytanie. Dlaczego nie ma tam przedstawiciela przedsiębiorców prywatnych, którzy działają w ochronie zdrowia? Wydaje mi się, że taki przedstawiciel też tam powinien być. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie, zanim oddam głos zaproszonym gościom, jeszcze ja, panie ministrze. Postaram się nie powtarzać tego, co mówiłem w czasie debaty na sali plenarnej, ale na kilka rzeczy trzeba tu zwrócić uwagę.

Panie ministrze, na dobrą sprawę należałoby zacząć od pytania, kto popiera te zmiany, bo gdy przegląda się opinie różnych środowisk, czy to diagnostów laboratoryjnych, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, pielęgniarek i położnych i wszelkich związków zawodowych wszystkich środowisk, to wszyscy wobec tych zmian są albo skrajnie krytyczni, albo przynajmniej mają bardzo poważne i uzasadnione wątpliwości. W związku z tym, pytam, jak wyglądał proces konsultacji, o których wspominała pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera, skoro – co trzeba podkreślić – jest tyle poważnych i uzasadnionych wątpliwości. A te wątpliwości dodatkowo wzmocnione zostały również analizami przedstawionymi nam przez Biuro Analiz Sejmowych, które z założenia jest życzliwe rządowi i nie dzieli włosa na czworo. Mamy jednak opinię o niekonstytucyjności odnośnie do ustawy o konsultantach. I to jest poza wszelką dyskusją, bo jeżeli pan od siebie, i ja od siebie jako ustawodawcy wymagamy przygotowywania rocznych oświadczeń, to trudno od innych wymagać więcej, i jeszcze pod zaostrzonymi rygorami. Rozumiem, że te wątpliwości dotyczą konstytucyjności tych przepisów. Mamy jednak szereg innych, nie tak radykalnie stawianych zarzutów i obiekcji.

Mówiono tutaj o tym – chociażby przed chwilą pan poseł Katulski – że tworzymy grupę osób uprzywilejowanych. Oczywiście, nie ulega wątpliwości – żeby było jasne – że pacjent, u którego stwierdzono i potwierdzono rozpoznanie choroby nowotworowej, jest szczególny. To jest poza dyskusją, ale, panie ministrze, nie ma zwiększonego finansowania poza tym pakietem onkologicznym, mówi się tylko, że nie będzie to wszystko limitowane. Pojutrze będziemy rozpatrywać plan finansowy NFZ na rok przyszły. Cieszę się z obecności pana prezesa. Przy okazji możemy dowiedzieć się, czy nie warto było zbudować większej rezerwy finansowej, nawet jeżeli ona nie byłaby ściśle przyporządkowana takim czy innym procedurom, czy onkologii jako takiej, bo, na przykład, być może na dia-

gnostykę będzie potrzeba trochę więcej środków. Rzeczywiście warto byłoby to określić w sposób jednoznaczny. Pan jednak chce wykonać te zadania, tak naprawdę, w sposób następujący. Za te same pieniądze, przy tym samym garniturze ludzkim, czyli, na przykład zaledwie dwustu patomorfologach, w krótszym czasie, bez określenia, za jakie pieniądze, bez określenia precyzyjnie tego systemu, dopuszczenia do tego, a nawet tworząc furtkę, że jeżeli w uzasadnionych przypadkach nie będzie można się z tych terminów wywiązać, to ten siedmiotygodniowy termin – co zrozumiałe – nie będzie obowiązywać. Czyli, *de facto*, jest to tworzenie martwych przepisów.

Mówi się o roli lekarza rodzinnego, ale tylko się mówi i to bardziej w sferze medialnej, czyli w pana wypowiedziach, pana deklaracjach, które padały. W przypadku wielu przepisów brakuje precyzji. Rozumiem, że pewnie pan powie, że będą jakieś odniesienia do aktów niższego rzędu, do rozporządzeń, ale naprawdę w ten sposób sprawy nie da się załatwić.

I wreszcie, nich mi pan powie, po co, jeżeli środowisko pielęgniarskie protestuje... Dzisiaj dostałem pismo skierowane na moje ręce, odnośnie do kwestii związanej z receptami. Żeby było jasne – związek zawodowy też protestuje. Kwestia zróżnicowania tego wszystkiego... Po co pan upiera się, żeby to zrealizować? Czy nie lepiej szukać rozwiązań, być może potrzebnych w ramach pakietu kolejkowego czy onkologicznego, wspólnie ze środowiskiem i może w innej formie, żeby to dotknęło czegoś innego?

I żeby już rzeczywiście nie przedłużać, bo będziemy dyskutować przy okazji rozpatrywania poszczególnych przepisów artykułów, powiem tak. Panie ministrze, zepsuć łatwo. Przekonał się o tym pan minister Łapiński. Nie życzę panu. Zakładam najlepsze pańskie intencje. Widać je chociażby w miejscu, gdzie szuka pan odpłatności na przykład za transport do szpitala, a nie tylko za leżenie. Nie zarzucam więc panu złych intencji, ale, żeby nie stał się pan drugim Łapińskim, bo naprawdę skrajnie nieprzygotowane rozwiązania, żeby nie powiedzieć, że napisane na kolanie, bez pokrycia finansowego, bez innych zaproponowanych rozwiązań, muszą taką sugestię nasuwać.

Jeszcze jedna uwaga, bo widzę pana profesora Jassema. Chciałbym o jedną rzecz dopytać. Jak, panie ministrze, ma w całości funkcjonować nasza onkologia? Pan profesor mówi – dzisiaj czytałem artykuł – że należy zamykać szpitale onkologiczne, jeżeli jest ich za dużo. Czy chce pan załatwić problem onkologii wyłącznie na podstawie zmniejszonej liczby największych szpitali onkologicznych, plus dostęp gdzieś do takich czy innych procedur? Czy to jest rzeczywiście cel, który minister chce osiągnąć, i czy tutaj jest spójność między panem a środowiskiem?

Tyle z mojej strony, panie ministrze. I tak przekroczyłem czas. Rozumiem, że chciałby pan teraz odpowiedzieć. Jeśli tak, to bardzo proszę, a później nasi zaproszeni goście. Proszę bardzo, panie ministrze.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Bardzo krótko postaram się odpowiedzieć na te pytania. Poseł Chmielowski twierdzi, że wątpliwość pozostawia powoływanie dyrektorów i wicedyrektorów NFZ. Nie zamierzam powoływać wicedyrektorów NFZ, tylko dyrektorów.

Odnośnie do konsultantów wojewódzkich i krajowych, właściwie zadziwiająca jest przewijająca się prawie we wszystkich wypowiedziach koleżanek i kolegów posłów troska o to, że konsultantom będzie ciężko działać w przejrzystych warunkach. Może będzie ciężko, ale nikt nikogo nie zmusza do bycia konsultantem. Jeśli ktoś chce być konsultantem, to jego działanie musi być przejrzyste. I tyle mam do powiedzenia w tej sprawie.

Wojewódzka rada do spraw potrzeb zdrowotnych jest potrzebna. Jest ciałem, które, tak naprawdę, będzie oceniać stan faktyczny infrastruktury, kadry, dostępności, jaki dzisiaj mamy, ale będzie też projektować, w jaki sposób elastycznie przeformułowywać te zasoby, aby w przyszłości zapewnić pełen dostęp. Chcę powiedzieć panu jasno, panie pośle – to, co płatnik będzie finansować, będzie wynikać z potrzeb zdrowotnych, a nie z podaży rynku. Z potrzeb zdrowotnych pacjentów, a nie z tego, co podaje nam rynek. I tak zamierzamy politykę kreować.

Odnośnie do statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych, to ten statut określa rozporządzenie ministra. Odnośnie do statutu NFZ – jest załączony projekt w przygotowanych dokumentach. W związku z tym warto zajrzeć.

Pielęgniarki. Drodzy państwo, zacznę może od... Pan poseł Latos też z trwogą pytał, kto te zmiany popiera. Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek napisała list, w którym gratuluje tych zmian. Chciałbym panu przekazać także... Jeśli pan pozwoli, to skończę. Chcę panu także powiedzieć, że zmiany, o których rozmawiamy, w zakresie ustawy o pielęgniarkach – zwiększenie kompetencji... Nie rozumiem, dlaczego nagle ktoś jest przeciwny zwiększeniu kompetencji świetnie wyszkolonych pielęgniarek. Ja tego nie rozumiem, ale pytał pan, kto popiera. To panu powiem – Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatrycznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa i Opieki Paliatywnej, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Nefrologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych. Mógłbym jeszcze wymieniać wiele.

Pytano mnie, z kim konsultowano. Odbywało się bardzo wiele konsultacji z samorządem pielęgniarskim i ze związkami zawodowymi pielęgniarek i położnych. Spotykałem się osobiście, nie licząc spotkań moich współpracowników i tych, którzy byli zaangażowani w te prace.

Pani poseł Hrynkiewicz – rola lekarza POZ. W całej Europie i świecie jest to rola podstawowa i do tego będziemy dążyć. Pani poseł też wykazuje troskę o konsultantów, że będziemy ich karać i że nikt nie będzie chciał być konsultantem. Podkreślam po raz wtóry – nikt nikogo nie zmusza do bycia konsultantem. Jeśli ktoś chce pełnić funkcje publiczne, to jego działalność powinna być przejrzysta. Jeżeli pani poseł tak wyobraża sobie system, że ktoś będzie pracować dla firmy X, a potem oceniać, czy lek tej firmy powinien się znaleźć na liście refundacyjnej, to mam odmienne zdanie w tej sprawie. I właśnie tyle mam do powiedzenia. Konsultanta do niczego nie zmuszamy ani nie zamierzamy go karać. Oczekujemy, że w sposób przejrzysty pokaże publicznie, gdzie zarabia, dla kogo pracuje i czy nie ma konfliktu interesu, jeżeli występuje w interesie publicznym. Tyle komentarza w tej sprawie.

Pan poseł Hoc martwi się, że oczekujemy od lekarzy rodzinnych czujności onkologicznej. Tak, panie pośle, oczekujemy. Ja rozumiem, że pan nie oczekuje, a ja oczekuję. Tak, oczekujemy czujności onkologicznej.

Pani poseł Małecka-Libera...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Niech pan się nie ośmiesza...

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Panie pośle, pozwoli pan... Z powagą starałem się wysłuchać pana wywodu. Apelował pan o merytoryczną dyskusję. To nie jest łatwe, ale staram się przeprowadzić z panem posłem taką dyskusję.

Pani poseł Małecka-Libera pytała o mapy zapotrzebowania zdrowotnego. Tak, pani poseł, jest to oczekiwanie i właściwie praktyka stosowana w wielu krajach Europy Zachodniej, ale przede wszystkim jest to oczekiwane u nas. Dzisiaj właścicielami szpitali w Polsce są wójtowie, burmistrzowie, prezydenci, starostowie, marszałkowie, rektorzy wyższych uczelni, szefowie kilku resortów, i właściwie każdy z nich prowadzi swoją politykę zdrowotną na tym samym terenie, w tym samym regionie. I do tego jest jeszcze sektor prywatny. W związku z tym warto w ustawie zamieścić przepisy wymagające tego, żeby ci wszyscy ludzie, którzy kreują politykę zdrowotną w regionie, usiedli razem do stołu i zastanowili się, czy na pewno jest tak, że każdy ze starostów prowadzi oddzielną politykę zdrowotną, marszałek, który ma wielkie szpitale marszałkowskie na bardzo wysokim poziomie specjalistycznym, ma swoją politykę zdrowotną, rektor

w swoich szpitalach klinicznych ma swoją politykę zdrowotną i szefowie resortów swoją. Znam przykłady takich powiatów, gdzie w jednym powiecie są dwa szpitale powiatowe, i prowadzone są dwie kompletnie odrębne polityki finansowe tych szpitali.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, przecież ja dokładnie to samo powiedziałam. Zgadzam się z tą mapą, natomiast z wypowiedzi pana wynika, że to opacznie zostało zrozumiane. Popieram tę mapę. Co więcej, uważam, że ona powinna być wsparta przez analizę infrastruktury, jaką mamy. Tylko tyle powiedziałam.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Analiza, pani poseł, to jest podstawa, żeby taką mapę napisać. Tak naprawdę, na początku trzeba zrobić fotografię tego, co dzisiaj mamy, czym dysponujemy. Myślę o infrastrukturze, zasobie kadrowym i wszystkim innym, i dopiero wtedy powstanie mapa. Tak więc, odnośnie do mapy, bardzo się cieszę, pani poseł i dziękuję za podniesienie tego argumentu, dlatego że dla mnie mapa jest jednym z najważniejszych punktów tych zmian, które przeprowadzamy.

Padło pytanie o pielęgniarki, czy nie warto wydłużyć terminu. Wydaje mi się, pani poseł, że przy tym stopniu, tej skali wykształcenia pielęgniarek dzisiaj w Polsce... Przypomnę, że mamy dzisiaj kilkadziesiąt tysięcy pielęgniarek z wyższym wykształceniem. Przypomnę też, że nikogo nie zmuszamy, żadnej pielęgniarki nie chcemy zmuszać do wypisywania recept. To jest dla tych pielęgniarek, które chcą mieć taką kompetencję.

Odnośnie do odpowiedzialności – oczywiście, zawsze za wypisany lek ponosi odpowiedzialność ten, kto go wypisał. To jest oczywiste.

Pan poseł Katulski – czy nie poszliśmy o krok za blisko w odniesieniu do konsultantów. Muszę starać się znajdować rozwiązania wyważone i kompromisowe. Taka jest rola ministra zdrowia i osoby pełniącej funkcje publiczne. Jeśli pan pyta o moje zdanie, to pan moje zdanie w tej sprawie zna, zaś jako minister zdrowia proponuję upublicznianie oświadczeń. Czy nie powinniśmy pójść dalej? Może powinniśmy, tylko jest pytanie, czy dzisiaj konsultant krajowy ma wszystkie uwarunkowania do pełnienia funkcji osoby publicznej. Pewnie trzeba by nad tym popracować. Dlatego kierunkowo jak najbardziej się z panem zgadzam, zaś resort proponuje zmiany, które są krokiem w stronę kompromisu. My naprawdę zbyt często widzimy sytuacje, że konsultant jest zatrudniony w koncernie, w firmie, czy u producenta, a potem występuje w roli konsultanta. Nie będę wskazywać żadnych nazwisk. Znamy przypadki występowania w reklamie leków. Naprawdę, dzieją się takie rzeczy, że trzeba to naprawić. Najwyższa na to pora.

Pan poseł Katulski pytał o konstytucyjność przepisów onkologicznych. Panie pośle, choroby onkologiczne, jak pan wie – i wszyscy na tej sali, bo wielu z nas jest lekarzami i lekarkami – to choroby szczególne. To są choroby, w których czasem dzień, a czasem tydzień, miesiąc czy kilka tygodni zwłoki decyduje o rokowaniu, o efekcie tego leczenia, ale też o ilości środków finansowych wydanych na to leczenie. Dlatego lepiej wcześniej rozpoznać, stworzyć większe szanse pacjentowi i poprzez możliwość przeorganizowania środków finansowych zapewnić większą jakość tego leczenia. W związku z tym właściwie każdą ustawę można oddać do Trybunału Konstytucyjnego. My proponujemy takie rozwiązania, i po badaniu naprawdę wielu ekspertów prawnych mam wrażenie, że nie powinniśmy mieć problemów tego typu.

Przedstawiciel sektora prywatnego – pewnie kiedyś dojdzie do takiej zmiany, ale dzisiaj proponujemy zmianę w takiej formule. Jest to naprawdę bardzo głęboko przedyskutowane. Oczywiście sektor prywatny jest bardzo ważny. Podkreślę też z tego miejsca, że nie jest tak, że resort jest przeciwko sektorowi prywatnemu, bo nikogo nie wykluczamy z sieci leczenia onkologicznego. Nikomu nie wskazujemy, kto może, a kto nie. Mówimy tylko tak: będziesz leczyć bez limitu, jeśli będziesz leczyć w terminie i na dobrym poziomie. Nie zaglądamy, czy ktoś jest prywatny czy publiczny. Patrzymy tylko na termin i bezpieczeństwo pacjentów.

Pan poseł Latos stwierdził, że BAS zawsze jest życzliwe rządowi. Nie powinienem się pewnie do tego odnosić, aczkolwiek ja nie znam takiej tezy, a i doświadczenie pokazuje, że nie zawsze. Nie chcę więc tego rozwijać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłbym, żeby pan nie manipulował wypowiedziami wszystkich posłów, którzy zabierali głos, tylko odnosił się do meritum i do pytań.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Panie pośle, nie śmiałbym manipulować niczyją wypowiedzią, zresztą, nawet nie wiem, czy bym potrafił. Staram się odnosić w sposób merytoryczny. Panie pośle, zapytał pan dość ogólnie – ostatnie pytanie mi pan zadał – jak w ogóle ta onkologia ma funkcjonować. Chciałbym więc panu odpowiedzieć, że ma funkcjonować sprawnie, bezpiecznie dla pacjenta, na nowoczesnym poziomie, bez limitów i tylko z tymi, którzy chcą leczyć pacjenta. Koniec z prowadzaniem pacjenta od drzwi specjalisty do drzwi specjalisty, na kolejne badania, które być może można byłoby zrobić szybciej, z pewną przejrzystością przenikania przez siebie systemu prywatnego i publicznego, i z pełnym dookreśleniem tego, że najważniejszy jest termin, a nie wędrówka pacjenta od gabinetu do gabinetu. A wszyscy ci, którzy takie wielotygodniowe wędrówki pacjenta i kolejne konsultacje akceptowali, mieszając ze sobą system prywatny i publiczny, będą po prostu musieli pogodzić się z tym, że system będzie funkcjonować tak, jak przed chwilą powiedziałem – przejrzyście, na poziomie, jawnie, bez limitu i w wysokiej jakości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, jednak pan manipuluje wypowiedziami albo, po prostu, nie słucha ze zrozumieniem. Mam zatrzęsienie zgłoszeń do sprostowania. Tyle nie było nigdy, po niczyich wypowiedziach, tylko po pańskich. Natomiast, panie ministrze, nich pan nie udaje, tylko niech pan słucha i odpowiada. Jeżeli pana zapytałem, chociażby na końcu mojej wypowiedzi, to proszę odpowiedzieć – będziemy likwidować szpitale onkologiczne, czy nie. Wydaje mi się, że jest to proste, trywialne pytanie, jakie jest pana zadanie. Zapytałem o dzisiejszą wypowiedź prezesa Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Jakie jest pana zdanie, i co będzie wynikać z tej ustawy, bo przypominam, że pakiet onkologiczny będziemy rozpatrywać. Tyle z mojej strony.

Przy okazji sądzę, że gdyby bez zmiany ustawy złapał pan jakiegoś konsultanta na działaniu nieetycznym, na przykład, na uczestnictwie w reklamie, to gdyby pan wystąpił do towarzystwa naukowego, które rekomendowało daną osobę, że chce pan ją odwołać – potrafi pan sprawnie, w chwilę i bez powodu, jednego dnia odwołać konsultanta krajowego – to myślę, po pierwsze, że mógłby pan odwołać tego konsultanta i bez zmiany ustawy, a po drugie, mógłby pan zapytać towarzystwo, a towarzystwo z pewnością by podzieliło pana wątpliwości.

W kolejności, w jakiej państwo zgłaszali się do sprostowania, pierwszy pan poseł Chmielowski. Bardzo proszę.

Poseł Piotr Chmielowski (SLD):

Ja nie chciałbym sprostować. Chciałbym podziękować panu ministrowi za przedstawienie stanowiska, natomiast prosiłbym o uzupełnienie opinii pana ministra na temat pytania, które zdałem, dotyczącego art. 95b, zgodnie z którym tworzy się wojewódzką radę do spraw potrzeb zdrowotnych. Za to dziękuję. Idea jest OK., tylko, co tam ma robić przedstawiciel Państwowego Zakładu Higieny. To w kontekście tej wypowiedzi o przejrzystości, braku korupcji itd., budzi nie tylko zastanowienie, to wręcz skandal. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc. Proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nie będę prostować, bo nie wiem, czy pan będzie mieć wolę zrozumieć. Powiem tylko tyle, że jeśli pan ma takie poczucie misji w odniesieniu do przejrzystości działań konsultantów, jest pan tak wrażliwy, to proszę spojrzeć na swoich kolegów ministrów. Tam się pan spełni w tej swojej wrażliwości.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Bardzo proszę, pan przewodniczący Katulski.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Przepraszam, panie przewodniczący, słowo. Panie pośle, z wielkim szacunkiem wysłuchuję każdego głosu opozycji i koalicji rządzącej i odnoszę się do każdego pytania. Mam jednak dla pana propozycję. Jeżeli pan coś wie i coś pan sugeruje, to proszę do prokuratora, a nie do Komisji.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Pan nic nie wie? Czy tak? Pan nic nie wie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Po pierwsze, panie przewodniczący, w żaden sposób nie czuję, że moja wypowiedź została przez ministra zmanipulowana.

Panie ministrze, jeśli chodzi o chorych onkologicznych, to rzeczywiście chciałbym sprostować, bo moja wypowiedź nie sprowadzała się do tego, że uważam, iż nie należy docenić potrzeby ani wagi szybkiego diagnozowania i leczenia chorych na choroby onkologiczne. Jestem lekarzem i doskonale zdaję sobie sprawę z tego, jakie to jest ważne. Raczej wyraziłem troskę o to, że stworzymy pewną normę prawną, która być może zostanie zakwestionowana pod względem konstytucyjnym. Trybunał Konstytucyjny niekoniecznie musi zwracać uwagę na nasze wątpliwości lekarskie, komu należy się szybsze leczenie, a komu nie, tylko być może na inne uwarunkowania czysto prawne. Wyłącznie o to mi chodziło. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani przewodnicząca Małecka-Libera, proszę.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ja już swoje powiedziałam. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze pani poseł Hrynkiewicz. Proszę uprzejmie.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, protestuję przeciwko takiemu poziomowi debaty, jaką zaproponował nam w swojej wypowiedzi pan minister Arłukowicz. Na sali jest bardzo wiele osób, które przyjechały tutaj, żeby te ważne zagadnienia wspólnie omówić. Jest to obrażające dla tych osób. Sejm jest obrażany bezustannie, posłowie opozycji nieustanie są obrażani, ale nie chciałabym, aby osoby, które przyjechały niekiedy z daleka... Te osoby sądziły, że odbędzie się tutaj poważna debata, że będziemy poważnie rozmawiać i że to, o czym będziemy mówić, co jest ważne, istotne, choćby w pakiecie onkologicznym, będzie także przedmiotem troski ministra, który przyszedł tu dzisiaj z całym zespołem. Niestety, tak nie jest, panie ministrze.

Musi pan zwrócić uwagę na to, że nie jest pan w telewizji, gdzie ma pan okazać swoją sprawność medialną i po prostu nawymyślać wszystkim, tylko ma pan podjąć naprawdę merytoryczną dyskusję. A jeśli pan nie jest zdolny do takiej merytorycznej rozmowy, choćby o przygotowaniu lekarzy pierwszego kontaktu – i nie będzie mi pan mówić, że lekarz pierwszego kontaktu jest od pierwszego kontaktu – to nie rozmawiajmy o tym. Przerwijmy to posiedzenie, bo szkoda czasu i niepotrzebnie będziemy się tu obrażali i prowadzili taką rozmowę, która jest poniżej wszelkiego poziomu, jaki jest dopuszczalny w cywilizowanych społeczeństwach. A pan jest ministrem konstytucyjnym, i poza wszystkim innym, podlega pan także kontroli Sejmu. O tym powinien pan pamiętać. I jeżeli zadajemy pytania, to oczekujemy merytorycznej odpowiedzi – jeszcze raz podkreślam, merytorycznej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Teraz poproszę zaproszonych gości. Bardzo proszę, pani prezes.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk:

Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Państwo przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość wypowiedzenia się w kwestii tych trzech ustaw, o których dzisiaj państwo są uprzejmi dyskutować.

Panie ministrze, na początek takie zdanie. Powiedział pan minister, że bardzo wysoko wykształcone pielęgniarki i położne uzyskają prawo ordynowania niektórych leków, ewentualnie przedłużania stosowania tych leków, natomiast żadna z naszych propozycji i uwag do ustawy o konsultantach nie została uwzględniona. A my prosiliśmy tylko o dwie rzeczy dla nas istotne. Po pierwsze, żeby wpisać, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, obok Rzecznika Praw Pacjenta i innych ma prawo opiniować, kto będzie konsultantem. I druga kwestia – konsultantem może być osoba, która jest medykiem, farmaceutą lub wykonuje inny zawód medyczny, a my prosiliśmy, żeby wpisano tam „pielęgniarstwo”. W związku z tym, przy wysokim uznaniu naszych kwalifikacji, niestety, w tej ustawie państwo nie byli uprzejmi uwzględnić naszych próśb i nas zdegradowano.

Jeśli chodzi o recepty – bo to jest najistotniejszy dla nas element zawodowy w dyskusji –panie ministrze, to oczywiście dla każdego zawodu możliwość przesunięcia kompetencji i pojawienie się większego obszaru samodzielności zawodowej i merytorycznej, jest elementem rozwoju zawodowego, i my się z tym zgadzamy. Sądzę, że wszyscy państwo uważają podobnie, że po to kształci się kadry medyczne na coraz wyższym poziomie, żeby w perspektywie przesuwać kompetencje w celu jak najlepszego ich wykorzystania. Jest tylko jedno wielkie „ale”. Pan minister był uprzejmy powiedzieć, że wiele towarzystw naukowych pielęgniarskich wypowiedziało się optymistycznie i gratulowało tej decyzji. Jednak mamy zarejestrowanych 314 tys. pielęgniarek i położnych, a w towarzystwach naukowych jest ich niespełna 40 tys. z grubsza licząc, z czego część osób powtarza się w różnych towarzystwach.

Szanowni państwo, szanowny panie ministrze, zgadzamy się na prace nad formułą wypisywania recept – pozwolę sobie na taki skrót – ale nie w takim tempie, bez wcześniejszej pracy z samorządem, z pielęgniarkami i położnymi, ze związkami zawodowymi. Dostaliśmy do zaopiniowania gotowy dokument. Nie mieliśmy możliwości pracy nad założeniami tej ustawy. Czego nie uwzględniono? Proponując zmiany, nie uwzględniono przede wszystkim pogarszającej się sytuacji demograficznej pielęgniarek i położnych – średnia wieku 48, w POZ 57. Mówiłam o tym w marcu. Normy minimalne – o czym był uprzejmy powiedzieć pan przewodniczący – nadal są w zawieszeniu. Sytuacja jest bardzo różna. Bardzo dobrze, że odnosimy się do wskaźników europejskich. Pielęgniarki w Szwajcarii, Danii, Norwegii, w Skandynawii, rzeczywiście ordynują niektóre leki, tylko, proszę państwa – powiem jeszcze raz to, co mówiłam w marcu – w Polsce na 1000 mieszkańców przypada 5,4 pielęgniarki, a w Szwajcarii 16, w Danii 15,4, a w Norwegii 14,4. W związku z tym nasze obawy są następujące: jeżeli pielęgniarka będzie wypisywać recepty, to kto za nią wykona czynności pielęgniarskie, już nie mówię pielęgnacyjne, związane z diagnostyką i leczeniem.

Idąc dalej, proszę państwa, podam tylko kilka najistotniejszych elementów. Państwo, przygotowując projekty ustawy, wskazali, że jest dobrowolność pielęgniarki i położnej w wykonywaniu tych świadczeń. Jednocześnie w projekt wpisuje się coś takiego, jak poszerzenie katalogu obowiązków zawodowych, poszerzenie zadań, a jeżeli coś pojawia się w ustawie, proszę państwa, to nie ma dobrowolności. Na to, że nie jest to dobrowolność wskazuje także potrzeba zmodyfikowania kształcenia podyplomowego i być może przeddyplomowego.

To, co dla nas jest niemożliwe do przyjęcia, to także brak alternatywnego rozwiązania. Jeżeli pielęgniarki i położne w swej odpowiedzialności – nie obawie – powiedzą, „nie będziemy tego robić, bo coś zaniedbamy”, to pojawi się takie zdanie, które pozwolę sobie zacytować za innym autorem: „Stworzono mechanizm prawny skracający kolejki do lekarzy, ale nic się nie zmieniło, bo pielęgniarki i położne nie chcą lub niedostatecznie wdrażają ten mechanizm”.

Jeszcze jeden, niezwykle istotny element. Unia Europejska uznała kwalifikacje pielęgniarek, a ten projekt ustawy, niestety, dzieli pielęgniarki i położne na lepsze i gorsze, dlatego, że... Pozwolę sobie jeszcze przytoczyć stanowisko ministra zdrowia z 22 grudnia 2006 r., gdzie uznano równoważność uprawnień zawodowych pielęgniarek ze średnim wykształceniem i pielęgniarek z licencjatem. A w projekcie pozwalamy pielęgniarkom – magistrom pielęgniarstwa i pielęgniarkom ze studiami licencjackimi – na zrobienie kursu i ordynowanie leków oraz przedłużanie recept. To nic innego jak dyskryminacja znacznej liczby pielęgniarek.

Ostatnia nasza uwaga dotycząca rozwiązania, którego nie akceptujemy. W projekcie państwo podali, że jest 90 tys. pielęgniarek z wyższym wykształceniem na około 270 tys. czynnych zawodowo. Z naszych rejestrów wynika, że jest ich 60 tys. W związku z tym, tylko 1/4 pielęgniarek, a nawet mniej, ma wyższe wykształcenie, w tym jest wykształcenie licencjackie i magisterskie. Niewielki odsetek tych pielęgniarek znajduje się w podstawowej opiece zdrowotnej, a wydaje się logiczne, że to rozwiązanie – skądinąd słuszne w perspektywie czasowej – jest przede wszystkim skierowane do pielęgniarek w warunkach domowych, w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej czy opieki długoterminowej.

Reasumując, panie ministrze, bardzo dziękujemy za ukłon w kierunku naszych kwalifikacji. Widzimy możliwość przygotowania się do takich rozwiązań, ale gdybyśmy zaczęli przygotowania w październiku, ruszyli z nowymi programami, to najwcześniej za 3 lata moglibyśmy o tym mówić. Poza tym jeszcze jeden apel do pana ministra. Uciekają nam pielęgniarki. W związku z tym, zanim dostarczymy pielęgniarkom zadania, nie wskazując wynagrodzenia, musimy zadbać o to, żeby pielęgniarek było więcej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Widzę wszystkie zgłoszenia, tak więc wszystkim państwu po kolei będę udzielać głosu. Dziękuję za sygnalizowanie tego. Pani prezes Janicka, proszę.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo posłowie, zaproszeni goście, Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia – podstawowa opieka zdrowotna jako główny kierunek naszych działań. Panie ministrze, dziękujemy za przedstawienie tego pakietu, zresztą nasze uwagi były ministerstwu wielokrotnie przekazywane. Brakuje nam kilku rzeczy w tym pakiecie, który został przedstawiony – podkreślamy to już po raz kolejny.

Na wstępie chcę powiedzieć, że polska ochrona zdrowia potrzebuje zmian systemowych, całościowych, nie tylko wybiórczych. Myślę, że to jest bardzo ważny problem. Oczywiście, zmian się nie zrobi bez kadr i finansów. Jeżeli mówimy o mapach i rozporządzeniu o mapie, to w tych mapach przede wszystkim brakuje kierunków kadrowych, czyli długofalowej polityki kadrowej. Dzisiaj podstawowa opieka zdrowotna to koło 24 tys. lekarzy z listami aktywnymi, i problem, szczególnie Polski powiatowej, Polski regionalnej i Polski gminnej, gdzie podstawowa opieka zdrowotna ma być najsilniejsza. Nie widzę w tym mappingu spraw kadrowych, postawienia na medycynę rodzinną, wzrostu liczby studentów, wzrostu liczby miejsc specjalizacyjnych, które zapewnią możliwości realizowania podstawowej opieki zdrowotnej na poziomie europejskim, do którego pan minister się odwołuje. Jest to jak najbardziej słuszny kierunek. Jednak konieczne jest, żeby na listach POZ, nie tylko w dużych miastach, ale i w małych miejscowościach, było 1500–1600 pacjentów, a nie 3000 i 4000, podobnie, jak u pielęgniarek. Oczywiście nie będę mówić o demografii, o wieku, bo jest jeszcze gorzej niż u pań pielęgniarek. W POZ jest to średnio 59-60 lat. O czym więc chcemy mówić?

Druga rzecz, która jest bardzo istotna – finansowanie. Zgadzam się, panie ministrze, podstawowa opieka zdrowotna na poziomie europejskim w Polsce, jak najbardziej. Jednak, tam zaczyna się finansowanie POZ od 20% w górę, a nie od 11% czy 11 „z kawałkiem", jak mamy dzisiaj, bo w żadnym z projektów, łącznie z planem finansowym, o którym mówił pan przewodniczący, a który jest już przekazany i będzie rozpatrywany w czwartek na posiedzeniu Komisji, nie ma mowy o środkach finansowych w tym zakresie. A to jest to, żeby utrzymać POZ na właściwym poziomie, nie mówiąc o tym, że trzeba

dołożyć zadań. Te zadania zostały wpisane wprost, nie zostały w POZ dookreślone i nie zostały wskazane środki finansowe. To jest bardzo istotny problem.

Jeśli mówimy o pakietach, brak bardzo zdecydowanego postawienia na profilaktykę. Chodzi o onkologię, choroby cywilizacyjne. Ta profilaktyka powinna być obowiązkiem, a nie tylko przywilejem pacjentów. Jest to bardzo istotne, chociażby w kwestii pakietu onkologicznego i odpowiedzialności za wydawane zlecenia.

Bardzo krótko odniosę się – bo to jest sygnał od pacjentów – do zielonej karty. Proszę rozważyć, szczególnie państwo posłowie i ministerstwo, że przecież przez część środowiska pacjentów zielona karta... Jeżeli ona będzie przywilejem w systemie, to jest to dobre, natomiast, jest pytanie, czy ona powinna znakować pacjentów. Przypominam, że nie tak dawno likwidowaliśmy różowe recepty, żeby pacjent nie czuł się znakowany w systemie, a teraz, gdziekolwiek idąc, będzie znakowany zieloną książeczką. To jest dokładnie to samo. To nie mój głos, tylko pacjenta. On by wolał, żeby to się odbywało na zasadzie faktycznej dostępności, a nie znakowania pacjenta. Odnośnie do samej karty, myślę, że to jest kwestia debaty w Sejmie, bo do tego jest dużo uwag.

Umowy bezterminowe w POZ. Pan minister zna nasze zdanie. Tak, jeżeli polityka kadrowa i finansowa, stabilność, inflacja będą wpisane jednoznacznie w akty prawne. Wtedy możemy mówić o umowach bezterminowych, bo nikt nie podpisze umowy na zasadzie pójścia w ciemno.

I rzecz bardzo istotna – chcę przestrzegać czasu, panie przewodniczący. W całym tym pakiecie brakujemy głosu pacjentów. Nie mamy informacji medialnej. Nie mamy czegoś w rodzaju praw, przywilejów dla pacjentów. W podstawowej opiece zdrowotnej – zresztą, nie tylko – widzimy szeroką nadkonsumpcję świadczeń. Nie boję się o tym mówić. W tej chwili jedynym regulatorem jest kolejka, i ona pozostanie – kolejka zielona, kolejka zwykła. Już nie będę powtarzać pytań, które były zadawane, ale czy kolejka zielona będzie przed zwykłą, kto będzie w zielonej i jak będzie się ustawiać tę kolejkę, to są pytania zadawane przez pacjentów.

I oczywiście, czujność onkologiczna. Powiem tak. Pani poseł Hrynkiewicz mówiła o przeszkoleniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Dzisiaj nie chcę państwu zabierać czasu, ale powiem tylko, że czujność onkologiczna jest potrzebna na każdym etapie. Jestem po wstrząsającej sprawie z zeszłego tygodnia, w której czujność onkologiczna zawiodła zupełnie gdzieś indziej. Bardzo krótko. Dziewczyna rocznik 90., więc ma 24 lata, zgłosiła się do mnie z końcem lutego z anginą i przy okazji pokazała znamię, które jej urosło w ciągu trzech miesięcy. Nie spodobało mi się, więc dostała skierowanie do chirurga. Oczywiście trafiła do chirurga w maju. W maju znamię zostało wyjęte, mam tu wszelkie badania. Przyszła do mnie w zeszłym tygodniu, w poniedziałek – to było pierwszego lipca – rozdygotana, z prośbą o leki na uspokojenie. Nie wiedziałam, co się z nią działo, bo przecież ja nie prowadzę już dalszego działania onkologicznego, nie koordynuję tego. Pytam więc, co się stało, a ona mówi, że wczoraj wróciła z Garbar – wczoraj, czyli 30 czerwca. Ja nie skojarzyłam tamtego, więc pytam – dziecko, co się stało. Bo to jest rocznik mojej córki. I słyszę – pani doktor, jak pani mi dała skierowanie, zrejestrowałam się, w maju miałam to wycięte i mam tu wynik. Na wyniku, który otrzymała 10 czerwca od doktora, bo ją do siebie poprosił, jest napisane – melanoma malignum, według Clarka IV. I co się dzieje dalej? W poradni chirurgicznej to dziecko dostaje nr telefonu na Garbary – myślę, że ludzie, którzy są z Poznania wiedzą... Przepraszam za emocje, ale odbieram to, jakby to dotyczyło mojego dziecka, bo to dziecko prowadziłam od pieluch. Dostaje nr telefonu na Garbary, gdzie ma sobie sama wszystko załatwić, i skierowanie, na którym nawet nie napisano „pilne". W rejestracji pani pytała 5 razy, czy jest napisane „pilne". Zatem, licząc od 10 czerwca, została łaskawie przyjęta 30 czerwca, przy czym doktor nawet jej nie obejrzał, tylko dał kolejne skierowanie do szpitala, dokładnie na 11 sierpnia, bo tam będzie docinka i w razie czego będą usuwane węzły. A to dziecko spokojnie czekało, bo myślało, że tak ma być. I tylko dlatego, że od trzech tygodni nie śpi, bo odczytała w Internecie – przecież nasze dzieci, to są dzieci Internetu – wszystkie klasy Clarka. Ja wtedy błyskawicznie się z tym zapoznałam, bo przecież nie jestem onkologiem, i nie muszę się na tym znać. Klas wg Clarka jest V, a więc ma przedostatni wynik. I co się stało? Oczywiście, nie pozwoliłam jej czekać do sierpnia. Zadzwoniłam do zaprzy-

jaźnionego onkologa i mówię – Iwonka, ratuj mi dziecko. Dziecko w piątek trafiło do centrum w Poznaniu – innego centrum – i miało docinkę, i węzły... Nie mówię o tym, żeby negować, tylko żeby uczulać nie tylko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Stanęłam na głowie, zresztą nie pierwszy raz, żeby to dziecko wysłać natychmiast. Oczywiście, jest niebezpieczeństwo, że już zdążyło się rozsiać, bo w granicy góra dwóch-trzech tygodni powinno być docięcie do 10 cm lub 5 cm, a ona miała 5 mm zakresu bezpieczeństwa. Brakuje więc czujności onkologicznej nie tylko w POZ, bo my ją mamy. Druga rzecz. Oczywiście, żeby ją mieć, potrzebujemy czasu. Musimy mieć mniej liczne listy pacjentów i otrzymać środki na ich leczenie. O to apeluję, panie ministrze. Natomiast, tą sprawą będziemy się nadal zajmować, bo uważam, że nie taki kierunek powinien być. Tak więc, kierunek reform, jak najbardziej. Podstawowa opieka zdrowotna powinna być koordynatorem i zajmować się prowadzeniem tego wszystkiego, bo my mamy najbliżej do pacjenta i mamy największe możliwości, ale za tym powinien iść czas dla pacjenta i powinny być na to środki finansowe, oczywiście, przy wsparciu i współudziale pielęgniarek, położnych i higienistek szkolnych, bo pamiętajmy, że one są.

Dziękuję, panie przewodniczący. Myślę, że to będzie tematem następnych debat.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan na końcu, po prawej stronie. Proszę bardzo.

Ekspert Pracodawców RP Robert Mołdach:

Robert Mołdach, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej. Dzień dobry państwu. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej rzeczywiście byli jedną z organizacji, która, obok innych organizacji pracodawców, przedstawiała koncepcje reformy w tym obszarze onkologiczno-kolejkowym. Ale myślę, że jest pewnym nadużyciem mówienie, że uczestniczyliśmy w konsultacjach, bo to raczej my zapraszaliśmy szanownych panów ministrów, dyrektorów departamentów do analizy przez nas przygotowywanych rozwiązań, niźli odwrotnie. Tak naprawdę, chyba nigdy nie zostało nam to przekazane na etapie wstępnym i na takim poziomie szczegółowości, i tego efekty mamy dzisiaj. Otrzymaliśmy druk 2505, który na pewno istotnie odbiega od tego, co organizacje pracodawców postulowały. Tempo pracy nad tym drukiem, ilość zmian, nie pozwalają w tak krótkim czasie – bo rozumiem, że będziemy krótko debatować – ustosunkować się do tych wszystkich elementów. Nie chcę zajmować państwa czasu, wymienię więc tylko kilka najważniejszych.

Pan minister był łaskaw powiedzieć o tym, że istnieje rozbieżność w interpretacji art. 95d, czyli artykułu mówiącego o decyzjach wojewody. Oczywiście, że istnieje, ponieważ jeszcze parę tygodni temu ten artykuł brzmiał zupełnie inaczej. Mówił o tym, że decyzje wojewody dotyczą tylko tych placówek i świadczeń gwarantowanych. To zostało zmienione, zostały usunięte słowa dotyczące świadczeń gwarantowanych. Czyli, decyzje wojewody, czytając literalnie artykuł, dotyczą wszystkich świadczeń, a nie tylko gwarantowanych. Teraz można tylko domniemywać z tekstu ustawy, z tytułu tej ustawy i z pierwszej preambuły, że być może faktycznie dotyczy to tylko świadczeń gwarantowanych. Ale a contrario potrafię sobie wyobrazić taką sytuację, w której chcąc uregulować świadczenia gwarantowane w tej ustawie, chcielibyśmy także powiedzieć, że świadczenia niegwarantowane podlegają też tym regulacjom. Czyli, mogę powiedzieć, że ten artykuł – tak, jak ja go czytam i moi koledzy, a myślę, że też mają pewne doświadczenie legislacyjne, interpretują go jednoznacznie – jest regulacją zamykającą rozwój sektora prywatnego od przychodni stomatologicznych po szpitale chirurgii plastycznej czy inne szpitale, które chcą realizować świadczenia w trybie świadczeń prywatnych. Przez prywatne rozumiem także świadczenia ubezpieczeniowe. To w tym aspekcie. Gdybyśmy tę dyskusję przeprowadzili, ten projekt nie pojawił się tak gwałtownie, to pewnie nie byłoby naszych emocji, a państwa rozczarowania, że my to inaczej interpretujemy. To tyle w kwestii konsultacji.

Jeżeli chodzi o art. 95d, który dotyczy promes, a może nie tyle artykuł, co kwestie promes, my wielokrotnie podnosiliśmy, że już nie ma znaczenia, czy inwestor jest prywatny, czy publiczny. Fakt braku promesy wykładniczo podnosi koszty finansowania inwestycji. Promesa powinna być powiązana z kontraktem. Jeżeli promesy nie ma, to koszty finansowania inwestycji publicznych – przede wszystkim publicznych, bo tych jest najwię-

cej – i prywatnych, są po prostu niepomiernie większe, ze względu na znacznie wyższe oprocentowanie wszystkich mechanizmów finansowych.

Pan minister i pan poseł ustosunkowali się do kwestii braku przedstawicieli wszystkich świadczeniodawców w radach wojewódzkich do spraw potrzeb zdrowotnych. Sytuacja jest z naszej perspektywy kuriozalna. W tych radach są przedstawiciele szpitali marszałkowskich, klinicznych, powiatowych, a nie ma przedstawicieli sektora prywatnego od podstawowej opieki zdrowotnej, która jest zdominowana w dziewięćdziesięciu paru procentach przez sektor prywatny, przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, po szpitalnictwo wreszcie.

Tu pozwalam sobie zauważyć – i proszę to przyjąć jako moją taką pozytywną uwagę, panie ministrze, bo pan wymienił podmioty tworzące szpitale w Polsce, że w Polsce mamy też znaczącą liczbę – stu kilkudziesięciu w dużej skali i około tysiąca w małej skali – podmiotów tworzących szpitale powiatowe, szpitale specjalistyczne, które są podmiotami całkowicie prywatnymi, i to uprzejmie panu ministrowi przypominam. A ponieważ to nie jest pierwszy raz, kiedy pan minister w swoich wypowiedziach ogranicza się do podmiotów tworzących, które dotyczą tylko sektora publicznego, pozwalam sobie przypomnieć tę uprzejmą uwagę, z całym podkreśleniem słowa „uprzejmą".

Teraz ograniczenie... Mówiła o tym pani poseł Libera- Małecka. Ocena potrzeb zdrowotnych a mapowanie infrastruktury. Oczywiście, jest to absolutnie fundamentalne, i w całej rozciągłości się z panem ministrem zgadzam, że jest potrzeba budowania map potrzeb zdrowotnych, ale problemem naprawdę dużo trudniejszym, kiedy już te mapy potrzeb zdrowotnych będą zbudowane, jest to, w jaki sposób zostanie na nie zmapowana infrastruktura. W tym aspekcie ustawa jest niezwykle skromna, bo praktycznie sprowadza się do jednego zdania, mówiącego o tym, że dyrektor oddziału określi regiony kontraktowania i maksymalną liczbę świadczeniodawców, kierując się mapami potrzeb zdrowotnych. Proces jest całkowicie nietransparentny. Proces jest podatny na wszelkie możliwe naciski polityczne, finansowe, gospodarcze, jakkolwiek by to nazywać. Jeżeli poświęcamy tyle czasu w kwestii mapowania potrzeb zdrowotnych, to postuluję, aby z równą uwagą poświęcić się dyskusji w kwestii mapowania infrastruktury czy tego, co po angielsku się nazywa *infrastructure mapping*.

Już zbliżam się do końca. W dyskusjach, o których na początku mówiłem, mieliśmy nadzieję, że rady Funduszu miałyby dużo bardziej istotną rolę w tej ustawie. Przyjęłyby rolę, która byłaby faktycznie rolą nadzorczą. Zresztą chyba w wypowiedziach przedstawicieli ministra pojawiały się takie słowa, że miałyby rolę nadzorczą. Nic takiego się nie stało. Gdzieś znikła koncepcja wzmocnienia uprawnień rad Funduszu, które nie mają takich narzędzi, które pierwotnie były deklarowane i pozostają w tym miejscu, gdzie są.

Wskaźnik rozpoznawania nowotworów to jest temat sam w sobie i wymagałby naprawdę długiej dyskusji. Pragnę tylko panu ministrowi zarekomendować i wskazać źródła w pracy jednostek naukowych zarządzania kolejkami. Zarządzanie kolejkami to nie jest problem tylko ochrony zdrowia. Jest to przede wszystkim problem przemysłu, dostaw realizowanych na czas i tak dalej. Zarządzanie kolejkami i przejście od sektora płatności za procedurę, do płatności za performance, za wynik, naprawdę nie może polegać tylko na tak niepewnym wskaźniku, i to jest temat sam w sobie.

Już na sam koniec, absolutnie zaskakuje mnie – i pewnie wielu kolegów i koleżanki – to wieczne podejście do kwestii papieru. W tej ustawie po wielokroć powtarza się słowo „oryginał skierowania", „oryginał karty diagnostyki leczenia onkologicznego". To jest wręcz niebywałe, że z jednej strony budujemy System Informacji Medycznej, wydajemy kolosalne środki na jego wzmocnienie, a z drugiej strony tworzymy ustawę, która nawet nie zająknie się na temat elektronicznych potencjałów, które to daje.

Sprawa ostania, to jest kwestia słowa. Rok temu czy jakiś czas temu, pan minister, Ministerstwo Zdrowia zapewniało, że przedłużenie kontraktowania jest absolutnie na czas jednego roku. Tak zostało przyjęte. Mija rok – mamy przedłużenie kontraktowania o pół roku. To ja, zupełnie bez złośliwości, zadam pytanie: jak będziemy przedłużać kontraktowanie w przyszłym roku? Bo może okaże się, że nie mamy map potrzeb zdrowotnych. Powinniśmy pracować nie na podstawie deklaracji, tylko na podstawie fak-

tycznych działań. Powinniśmy osiągać i realizować nasze cele, a nie przesuwać je co roku kolejnymi ustawami.

Tyle odnośnie do wprowadzenia. My bardzo gorąco, jako organizacjach pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, popieramy samą ideę zajęcia się kwestiami kolejek, kwestię onkologiczną. Natomiast, naprawdę postulujemy dokładną i popartą szeregiem eksperckich stanowisk debatę, która nie powinna polegać na tym, że – tak, jak pan minister to powiedział – potrzeba jest szybkiego kontraktowania, przygotowania rozporządzeń, w związku z tym jest projekt i musimy ten projekt szybko przeprocesować. Dziękuję wszystkim państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pan prezes Krajewski. Proszę uprzejmie.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Romuald Krajewski:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Naczelna Rada Lekarska przedstawiła swoje uwagi już bardzo wcześnie, bo na początku maja, kiedy jeszcze nie mieliśmy zbyt wielu szczegółów, które teraz są już nam bardziej znane. W tym momencie bardzo krótko chcę powiedzieć o naszych ogólnych uwagach.

Po pierwsze, trzeba oczywiście zacząć od tego, co już tu nieraz mówiono. Problem kolejek, problem ograniczeń dostępu, jest najbardziej bolesnym problemem dla pacjentów, a zaraz potem dla pracowników i lekarzy, bo te problemy bardzo pogarszają nam warunki pracy i bardzo nam zależy na tym, żeby były one rozwiązywane. Chcemy też powiedzieć, że naszym zdaniem, one są najlepiej rozwiązywane wtedy, kiedy pacjenci mają jak najlepszą i bezpośrednią możliwość realizowania swoich praw, a nie realizowania swoich praw poprzez nadawanie uprawnień albo zabieranie uprawnień lekarzom. Mieliśmy tę dyskusję przy okazji wystawiania recept na leki refundowane, teraz to się pojawia przy wystawianiu zielonej karty. Naszym zdaniem, zdecydowanie uprawnienie pacjenta nie powinno być uzależniane od tego, czy lekarz spełnia jakieś wskaźniki, czy nie, bo trudno by było usprawiedliwić różnicowanie sytuacji pacjentów, którzy trafili do takiego czy innego lekarza z takim samym problemem zdrowotnym.

Następnie, jeśli chodzi o już konkretne działanie różnych mechanizmów, które są potrzebne, żeby kolejki były krótsze, sądzimy, że w tych wszystkich projektach brakuje elementów premiujących i nagradzających właściwe postępowanie. Postępowanie, o którym pan minister mówił, na którym nam zależy – sprawne, szybkie, na wysokim poziomie. To powinno być nagradzane. Tymczasem widzimy, że raczej tylko myślimy o tym, żeby w jakiś sposób dokuczać tym, którzy nie spełniają wskaźników. Skoro tak mówimy, to szczegóły, czyli to, w jaki sposób są ustawione kryteria, w jaki sposób jest oceniane działanie poszczególnych pracowników, jest niezwykle ważne. Na przykład, taki wskaźnik, o którym już tu wspomniano, wskaźnik rozpoznawania, ale również inne wskaźniki, na które zwracają uwagę nasi koledzy, jak na przykład ocena działania świadczeniodawców, która jest proponowana w rozporządzeniu, muszą być bardzo jednoznaczne i bardzo starannie ustalone, ponieważ inaczej spowodują one tylko dodatkowe zamieszanie.

Oczywiście w naszym stanowisku – i podkreślamy to ciągle – brakuje elementu finansowania. Sądzimy, że dzięki działaniom organizacyjnym można trochę poprawić sytuację, ale to nie będzie ta zmiana, której oczekujemy. Mówiliśmy o finansowaniu diagnostyki w podstawowej opiece zdrowotnej, ale to samo dotyczy szybkiej diagnostyki onkologicznej i wielu innych przewidzianych działań. Mówiąc bardzo ogólnie, chcę jeszcze powiedzieć, że bardzo nas niepokoi widoczna w wielu projektach tendencja do centralizacji różnego rodzaju decyzji i do ograniczania roli samorządu i innych organizacji w różnych ciałach, które będą opiniować konkretne działania, będą opiniować projekty, będą sporządzać wyceny itd. Sądzimy, że tutaj udział samorządów – nie mówię tylko o samorządzie lekarskim, ale o wszystkich innych – był bardzo potrzebny.

Chcę teraz krótko powiedzieć o projekcie ustawy dotyczącej zmiany ustawy o konsultantach krajowych. Zgadzamy się z opinią, że te wymagania dotyczące jawności wobec konsultantów są nadmierne. Ta praca rzeczywiście nie wydaje się atrakcyjna, ale przede wszystkim chcemy zwrócić uwagę na to, że również w tym projekcie ustawy zamierza się

pominąć zupełnie rolę samorządów w opiniowaniu kandydatów na stanowisko konsultantów. Sądzimy, że jest to niewłaściwe, ponieważ konsultanci powinni reprezentować i przekazywać ministrowi również opinie dotyczące środowiska.

I na koniec jeszcze bardzo krótko o zmianach dotyczących ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Podkreślamy, że wykształcenie jest pierwszym elementem, a za tym dopiero mogą pójść uprawnienia. Sądzimy też, że dyskusja o wystawianiu recept przez pielęgniarki i położne byłaby dobrą okazją do porozmawiania o tym, jak zmniejszyć ten biurokratyczny „nawis" nad tym całym procesem. O to wielokrotnie zabiegaliśmy. To powoduje, że nadal bardzo wielu lekarzy nie wystawia recept na leki refundowane. To się odbija negatywnie na dostępie pacjentów do leków refundowanych i byłaby okazja do zmiany. Natomiast jeżeli już mówimy o samym pomyśle wyposażenia pielęgniarki w to prawo, to chcę tylko zwrócić uwagę na to, że ze wszystkich zawodów medycznych w Polsce, najbardziej brakuje pielęgniarek, chociaż nie wszyscy zdają sobie z tego sprawę, bo częściej słyszymy o niedostatkach lekarzy. A więc dokładanie im kolejnych obowiązków – jak myślę – w niczym sytuacji pacjentów nie może poprawić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Proszę bardzo, widziałem zgłoszenie na końcu. Ja państwa też widzę, oczywiście później udzielę głosu, tylko w takiej kolejności, jaką zaobserwowałem. Tak więc, proszę uprzejmie. Zaraz udzielę głosu przede wszystkim państwu. Bardzo proszę.

Ekspert Pracodawców RP Barbara Gad-Karpierz:

Pracodawcy RP, Barbara Gad-Karpierz. Chciałabym zadać tylko kilka precyzyjnych pytań. To znaczy, niepokoi nas brak precyzyjności ustawy, zwłaszcza art. 95 dotyczącego decyzji. Jak mówił już mój szanowny przedmówca, nie wiadomo, czy brak decyzji będzie równał się temu, że żaden podmiot nie będzie mógł być wpisany do rejestru wojewody, czy tylko nie może występować o kontraktowanie. Jak będzie wyglądała sytuacja po 1 czerwca 2016 r. tych podmiotów, które już w tej chwili mają kontrakty? Czy będą musiały przedstawić taką decyzję, czy już po prostu bezterminowo będzie uznane, że ta decyzja jest? Kolejna kwestia, która budzi pewien niepokój, to niedoprecyzowanie, na jakich zasadach ta decyzja zostaje przyznana, i na jakich zostaje uchylona, ponieważ w jednym z artykułów jest mowa o uchyleniu tejże decyzji. Decyzje mają być wydawane na okres 3-letni. W przypadku dużych inwestycji, takich, jak szpital, to jest chyba za krótko, ponieważ co dalej po okresie inwestycyjnym, czy inwestor uzyska ten kontrakt, czy nie. Kolejne pytanie. Jak należy liczyć inwestycje, o których państwo mówią? To jest koszt brutto czy netto? I jeszcze jedno. Nie ma nigdzie definicji terminu „inwestycja". Jeśli chodzi o szybką ścieżkę onkologiczną, to wynika z tego, że do systemu skoordynowanej opieki nad pacjentem będą dopuszczone tylko te jednostki, które mają chirurgię onkologiczną. Moje pytanie: dlaczego? Przecież nie zawsze leczenie onkologiczne wymaga chirurga.

I kończąc już, panie ministrze, jako lekarz pediatra chciałabym podziękować za propozycję zmian w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. Uważam, że mamy w tej chwili badanie pielęgniarskie, diagnozę pielęgniarską i najwyższa pora, żeby pielęgniarki, te które mają właściwe wykształcenie, uzyskały właściwe możliwości i jeszcze większe kompetencje, i niechże prawo wreszcie dopuści do tego, co mogą wykonywać pielęgniarki z wyższym wykształceniem, z właściwą wiedzą. Myślę bowiem, że tym szybciej je zatrzymamy niż ograniczaniem ich uprawnień. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Bardzo proszę, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Lucyna Dargiewicz:

Dziękuję bardzo, Lucyna Dargiewicz, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Pozwoli pan, panie ministrze, że odniosę się do naszego spotkania w dniu 2 lipca z pełnym garniturem ministerstwa, na czele z panem ministrem Arłukowiczem. Omawialiśmy wtedy problem norm zatrudnienia oraz problem pisania recept przez pie-

lęgniarki i położne. Bardzo dziękuję, że państwo doceniają wykształcenie pielęgniarek w Polsce. Faktycznie, na tle Europy kwalifikacje i wykształcenie polskich pielęgniarek wyglądają bardzo dobrze. Zwracam się też do pani, która zabierała głos przede mną. Wszystkie pielęgniarki, które pracują, mają prawo wykonywania zawodu w Polsce i wszystkie są uprawnione do wypisywania recept. Przepraszam za taką odskocznię od głównego tematu. Chciałabym natomiast odnieść się do tematu naszego spotkania. Wydawałoby się, że to spotkanie było dość owocne. Rozmawialiśmy tam o tym, że rzeczywiście trzeba coś zrobić z normami zatrudnienia, bo 5,4 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, to jest bardzo mało. Poza tym, jak można pielęgniarce dołożyć dodatkowe zadanie, kiedy ona i tak ma pewne trudności w wykonywaniu powierzonych jej obowiązków do tej pory.

Rozmawialiśmy o płacach. My nie jesteśmy generalnie przeciwni wypisywaniu recept przez pielęgniarki, natomiast zwiększenie zadań powinno owocować też tym, że wzrosną płace w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Mówiliśmy również o szkoleniach pielęgniarek i położnych. Z rozmowy tej wydawałoby się, że jakieś światełko w tunelu się pojawia. Mówiliśmy o rozporządzeniach koszykowych, że tam może znaleźć się pielęgniarka, czyli, jak gdyby, byłaby wprowadzona w system. I co? Dzisiaj dostajemy pismo z Ministerstwa Zdrowia – nie wiem, czy pan minister jest świadomy tej sytuacji – w którym tak nam się opisuje koszty: „ Kształtowanie poziomu wynagrodzeń w danym podmiocie pozostaje zatem w istotnej zależności od kondycji ekonomicznej podmiotu, umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, dostępności i wielkości nakładów finansowych, realiów lokalnego rynku pracy, a bazuje na wewnątrzzakładowych rozwiązaniach organizacyjnych i regulaminach”. Nie rozumiem więc rozmowy z 2 lipca, że poszukamy jakichś środków, żeby zrekompensować pielęgniarkom dodatkowe zadania.

O wpisaniu pielęgniarek do systemu, tak czytam w dzisiejszej korespondencji z ministerstwa, z naszym departamentem: „ Odnosząc się do kwestii wprowadzenia zawodu pielęgniarki i położnej do systemu kontraktowania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia należy wyjaśnić, iż zasady i tryb postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z 27 sierpnia 2004 r.”. Czyli, nie rozumiem, naszej rozmowy z 2 lipca, że rozporządzenia koszykowe mogą ten problem uporządkować.

Podtrzymujemy swoje stanowisko w kwestii zmian do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, ponieważ są one nieuczciwe. Ustawa nie przewiduje mechanizmów pokrycia kosztów przymusowego kształcenia, nie przewiduje mechanizmów uzyskania wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, pomimo nałożenia na nie obowiązków, nadal odmawia wprowadzenia grupy zawodowej pielęgniarek i położnych do systemu zamawiania przez NFZ świadczeń medycznych, dyskryminuje również wewnętrznie naszą grupę zawodową. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Teraz w kolejności pan profesor Jassem. Proszę uprzejmie.

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Jacek Jassem:

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, w sposób oczywisty dzisiejsze spotkanie to zgłaszanie uwag, wątpliwości, postulatów. Mało jest tutaj pochwał. Ja chciałbym zacząć jednak od pochwały. To, że ministerstwo pochyliło się nad chorym onkologicznie, który w Polsce ma dzisiaj dramatyczną sytuację, jest rzeczą, którą trzeba pochwalić i podkreślić. Cieszę się również, że w pakiecie onkologicznym znalazły się pewne postulaty, które zawarte są w strategii walki z rakiem w Polsce na następne dziesięciolecie. Jest to dokument opracowany przez bardzo szerokie środowiska, znacznie szersze niż środowiska lekarzy onkologów, z udziałem pacjentów, z udziałem wielu innych towarzystw, z udziałem dwóch towarzystw medycyny rodzinnej. Cieszymy się, że niektóre postulaty znalazły się w pakiecie onkologicznym.

Chciałbym zwrócić uwagę na to, że najważniejszą rzeczą – i chciałbym, żebyśmy to docenili – jest zniesienie limitów w onkologii. Limity w onkologii były rzeczą nieludzką. My nie mogliśmy, jako lekarze onkolodzy, brać tego brzemienia na barki, że informujemy chorego, że ma nowotwór, że ma raka i że ma czekać na rozpoczęcie procesu diagnostyczno- terapeutycznego czasem kilka miesięcy. A tak było. Nie mogliśmy

również akceptować tego, że chory, który znajduje się na zakręcie życiowym – bo rozpoznanie choroby nowotworowej to jest punkt zwrotny w życiu każdego człowieka – musi sam sobie zorganizować całą ścieżkę diagnostyczno-leczniczą. Przed chwilą słyszeliśmy dramatyczną historię młodej kobiety z Poznania. Proszę państwa, my jesteśmy organizatorami całego procesu diagnostyczno-leczniczego. To my wydzwaniamy i błagamy naszych kolegów, żeby przyspieszyć badania, żeby przyspieszyć przyjęcie do szpitala. To nie jest nasza rola, proszę państwa. Cieszymy się, że być może ta ustawa zmieni tę sytuację. Chcę zwrócić uwagę, że zniesienie limitów dotyczy diagnostyki i leczenia. Myślę, że zniesienie limitów na leczenie w onkologii nie jest ryzykowne, dlatego że to jest rzecz, którą można bardzo łatwo oszacować. To są te dzisiejsze nadwykonania, które czasem były zrefundowane, a czasem nie. Ale my wiemy, ile dodatkowych świadczeń leczniczych wykonano. Natomiast dużą niewiadomą jest diagnostyka, ponieważ chorzy onkologiczni, w rozpaczy, kiedy otrzymywali informację, że kilka miesięcy muszą czekać na badanie niezbędne do podjęcia kolejnych działań, w dużym stopniu finansowali to sobie sami, i my nie wiemy, jaki był zakres tego współfinansowania przez chorych. Jeżeli podejmujemy decyzję w sprawie zniesienia tych limitów, to trzeba stworzyć mechanizmy, które, z jednej strony, spełnią swój cel, czyli ta diagnostyka rzeczywiście będzie szybsza. Oprócz zniesienia limitów trzeba jeszcze usunąć wąskie gardła sytemu, takie jak, na przykład, diagnostyka patomorfologiczna czy diagnostyka obrazowa, bo nie jest to tylko tak, że krępowały nas limity. To są również limity ludzkie i limity w zakresie infrastruktury i te mapy potrzeb zdrowotnych powinny w dużym stopniu odpowiedzieć na to pytanie, gdzie są potrzeby, a gdzie jest nadmierna liczba, na przykład, zakładów świadczących dane świadczenia.

Proszę państwa, zgłosiliśmy jako środowisko, doceniając – jeszcze raz mówię – podjęty trud i podjęte działania, i kierunków absolutnie nie kontestujemy… Ten cel – poprawienie sytuacji onkologicznie chorych – nie jest do podważenia. Myślę, że ktoś byłby samobójcą, gdyby to kontestował. Natomiast mamy wątpliwości, które zgłaszaliśmy w procesie konsultacyjnym oraz w ramach licznych spotkań z przedstawicielami ministerstwa oraz z panem ministrem zdrowia osobiście. Ponieważ mamy tutaj bardzo ograniczone ramy czasowe, nie chciałbym przypominać tych wszystkich uwag dotyczących dróg rozwiązywania problemów, a nie kierunków ich rozwiązywania. Taką rzeczą, która budzi duże wątpliwości nie tylko w naszym środowisku, ale przed wszystkim w środowisku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, i która również niekoniecznie przez całe środowisko pacjentów onkologicznych jest afirmowana, to jest właśnie karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, bo tak ona się w tej chwili nazywa. Przedtem nazywała się kartą leczenia onkologicznego, co w ogóle odbiegało od jej założenia, bo jeden na 15 chorych ma się rzeczywiście okazać chorym onkologicznym, więc mówienie o leczeniu jest znacznie przedwczesne.

Proszę państwa, proponowaliśmy zupełnie inne rozwiązanie, bo co oznacza stworzenie tego systemu. To znaczy, że 30 tys. lekarzy POZ jest pod lupą i ci ludzie muszą spełnić wymogi dotyczące rozpoznań bardzo precyzyjnie ujęte w widełki. Od iluś do iluś pacjentów musi być pacjentami onkologicznymi. Jeżeli nie spełnią tych oczekiwań, podlegają karnemu przeszkoleniu, chociaż, oczywiście szkolenie nie jest karą, ale w tej sytuacji mają zawieszone uprawnienia, na czym cierpią ich chorzy, a nie oni. W związku z tym budzi to wątpliwości konstytucyjne, o czym dzisiaj już słyszeliśmy, stygmatyzuje tych chorych.

Wydaje nam się, że można to znacznie prościej rozwiązać i myśmy to proponowali. Mianowicie, proponowaliśmy, aby na bazie istniejących ośrodków – czyli, bez żadnych dodatkowych inwestycji, bo to same ośrodki, jeśli będą chciały uzyskać ten przywilej, muszą zainwestować – stworzyć gęstą sieć ośrodków szybkiej diagnostyki onkologicznej. Chcę przypomnieć, że dzisiaj każdy lekarz ma prawo wydać skierowanie pilne lub nagłe, więc my nie musimy stwarzać dodatkowej furtki przyspieszającej, bo każdy rozsądny lekarz może już dzisiaj wykorzystać swoje uprawnienia w tym zakresie. Stworzenie ośrodków szybkiej diagnostyki onkologicznej przenosi ciężar odpowiedzialności na ludzi, którzy mają w swoim ręku wysokokosztowe badania diagnostyczne. Lekarz POZ uzyskuje dodatkowe uprawnienia w zakresie tanich metod. Może oznaczyć mar-

kery, może wykonać ultrasonografię inną niż jama brzuszna, może wykonać badanie endoskopowe, ale to są wszystko niskokosztowe procedury. Natomiast wysokokosztowe procedury będzie realizowała specjalistyczna opieka ambulatoryjna i tam już w tej chwili widać, jak bardzo rozrzutne są niektóre instytucje.

Proszę państwa, w Polsce łatwiej wykonać w wielu ośrodkach badanie PET niż badanie tomokomputerowe. Tak to jest niestety ułożone. Proszę państwa, poza tym 30 tys. ludzi jest pod lupą. My proponujemy, żeby stworzyć ok. 300 ośrodków szybkiej diagnostyki na bazie już istniejących instytucji, gdzie możemy bardzo dobrze monitorować ten proces. Oni uzyskują przywilej w postaci bezlimitowego wykonywania badań diagnostycznych, ale my proponujemy pewien rygor. Po pierwsze, czas wykonania, po drugie, jakość. Tutaj nie widzę tego monitorowania jakości, bo monitorowanie dotyczy tylko liczby trafności kierowania przez lekarza POZ. Natomiast ważniejsze jest przestrzeganie standardów diagnostyczno- leczniczych przez specjalistyczną opiekę, tam gdzie te pieniądze rzeczywiście są wydawane. Poza tym, proszę państwa, monitorowanie 30 tys. ludzi… Stwarzamy duży biurokratyczny system pilnowania tych ludzi, sprawdzania itd. Znacznie prościej jest monitorować 300 instytucji, można stworzyć benchmarking, można zobaczyć, czy jedna instytucja, na przykład, na tysiąc nowych chorych nie wykonuje nagle trzykrotnie więcej badań wysokokosztowych niż inna, bo to może budzić już jakieś podejrzenia. Chcę powiedzieć, że już w tej chwili widzimy taki ruch – już kończę panie przewodniczący – że wiele instytucji na chybcika tworzy ośrodki diagnostyczne, bo to będzie niewyczerpane źródło dodatkowych dochodów, jeżeli nie stworzymy pewnych wymogów jakościowych i monitorowania, i przestrzegania standardów diagnostyczno- leczniczych. To jest bardzo ważne. Tego też tutaj nie ma. W Polsce są zalecenia, nie ma standardów.

Na koniec, bo pan przewodniczący wywołał mnie do tablicy, powołując się na moją wypowiedź, że w Polsce jest za dużo łóżek onkologicznych. Tak, my podtrzymujemy to zdanie. Polska ma za dużo łóżek onkologicznych, a za mało innowacyjnych terapii, za mało innowacyjnych leków. Łóżka onkologiczne nie leczą. Leczą ręce chirurga, leczą aparaty do radioterapii, leczą nowe leki. W Polsce musi nastąpić odwrót od tej ekstensywności. I może to jest niepopularne – pan minister nie odpowiedział na pytanie kogoś z sali, czy tych łóżek ma być mniej – może strzelamy sobie w stopę, ale mówimy: tak, łóżek ma być mniej, a ma być więcej dobrze leczonych chorych, szybciej i lepiej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie profesorze, ja tytułem wyjaśnienia. Po prostu, rozpatrując pakiet onkologiczny, gdzie pewne rzeczy są niedopowiedziane, warto wiedzieć, w jakim kierunku będziemy zmierzać. Bo generalnie odnośnie do liczby łóżek w Polsce i pewnych potrzeb restrukturyzacji, to oczywiście pełna zgoda. Jednak, nawet ten przypadek poznański, i ten czas oczekiwania przez tę dziewczynę na łóżko w wielkim ośrodku, pokazuje właśnie pewien problem. Czy my to wszystko dużymi ośrodkami udźwigniemy?

Ma pan rację, oczywiście, odnośnie do ośrodków diagnostycznych, ale – ja to też mówiłem i powtarzałem dzisiaj w swoim wystąpieniu klubowym – jest to wąskie gardło. Gdyby patomorfologia, czy nawet ilość lekarzy radiologów – mówię tu o mojej specjalności... Będzie tam szeroki strumień, ale my tego nie zmienimy. Mam też taką tragiczną sytuację w rodzinie, dlatego przepraszam, że nie będzie mnie w kolejnych dniach na posiedzeniu Komisji. Wynik sekcji będzie za 3 miesiące, i nie z tego powodu, że trzeba aż tak to analizować, tylko właśnie dlatego, że tych patomorfologów jest w Polsce 200.

Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Jacek Jassem:

Tak, panie ministrze, ja tylko chciałbym zwrócić uwagę na jedną rzecz. W pakiecie onkologicznym mówimy o przesunięciu w kierunku ambulatoryjnej opieki, natomiast zajrzałem do planu finansowego NFZ, w którym, proszę państwa jest tak – nakłady na POZ rosną o 1%, to jest 87 mln zł, czyli nie rosną albo powiedziałbym maleją, chociaż POZ ma dodatkowe zadania. Wydatki na poradnie specjalistyczne wzrosną o 3%,a więc bardzo niewiele, a ma się to odbywać kosztem szpitali, natomiast wzrost na lecznictwo szpitalne jest 4,6%, to jest 1,3 mld, czyli nadal brniemy w ten ekstensywny, ociężały, niepotrzebny model szpitalny.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani…

Prezes Polskiego Towarzystwa Patologów Anna Nasierowska-Guttmejer:

Panie przewodniczący, panie ministrze, proszę państwa, Anna Nasierowska-Guttmejer. Jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Patologów. Chciałabym powiedzieć, że w debacie onkologicznej nie mówimy o patomorfologach, a niestety, rozpoznanie histopatologiczne, patomorfologiczne, o którym tu dzisiaj też słyszeliśmy odnośnie do czerniaka, spoczywa na patomorfologu. Naprawdę postawienie takiego rozpoznania u tak młodej osoby jest bardzo dużym obciążeniem dla patomorfologa, i my ponosimy odpowiedzialność za wdrożone potem leczenie. Na nas spoczywa ta odpowiedzialność. Wyobrażam sobie, że ten patolog miał dylemat, czy to jest znamię typu Spitz u młodej osoby, czy to jest czerniak. To jest olbrzymia odpowiedzialność, która niknie w całej tej debacie.

Chciałabym zwrócić uwagę na bardzo konkretną sprawę, i powiedzieć o tym, że zakłady patomorfologii, które by współpracowały z tymi szybko diagnozującymi i leczącymi ośrodkami onkologicznymi, powinny mieć swoją wysoką referencyjność. O to prosiliśmy, i czekamy od kilku lat na rozporządzenie odnośnie do diagnostyki patomorfologicznej. To rozporządzenie leży w Ministerstwie Zdrowia, ale nie możemy się go doprosić. Takie rozporządzenie jest odnośnie do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych i innych specjalizacji, natomiast my nie istniejemy – w ustawie leczniczej występujemy jako „i inna diagnostyka". W związku z tym, jest to dla nas trochę bolesne, ponieważ cały czas mówi się tylko o liczbie patomorfologów, natomiast nie mówi się o ciężkich warunkach i dużej odpowiedzialności, jaka na nas spoczywa. Tak więc referencyjność zakładów patomorfologii i odpowiednia wycena badań specjalistycznych.

Proszę państwa, dla zobrazowania powiem państwu, że jeżeli ktoś w biopsji z prostaty rozpozna raka, i jest to małe ognisko, to patomorfolog w materiale operacyjnym musi pobrać cały gruczoł krokowy. W związku z tym to badanie jest bardzo kosztowne i z reguły w ośrodkach, w których wykonuje się badania za tak zwaną cenę dumpingową – niską, nie ma możliwości zbadania całego gruczołu, ponieważ procedury są tańsze niż badanie całego narządu. Mogą w związku z tym powstawać niedociągnięcia, błędy. Podobna sytuacja jest w odniesieniu do innych narządów. Dlatego Polskie Towarzystwo Patologów opracowało zalecenia, wytyczne, odnośnie do diagnostyki, ujednoliconych raportów i sposobów badania materiału. Chcielibyśmy to wprowadzić w postaci elektronicznych raportów patomorfologicznych. W związku z tym też mamy prośbę do pana ministra, abyśmy taką elektroniczną formę raportów ujednoliconych mogli wprowadzić w różnych ośrodkach onkologicznych w Polsce, wzorem działania diagnostyki patomorfologicznej w innych cywilizowanych krajach na świecie.

Jeszcze jedna rzecz, na którą chciałabym zwrócić uwagę – czas pracy. Od 1 lipca przedłużono nam czas pracy z 5 na 7,5 godziny bez podniesienia kosztów. Czyli, za tę samą pensję pracujemy teraz dłużej, zwiększają się nasze obciążenia i nasza odpowiedzialność. Dlatego też bardzo prosimy o to, w związku z pakietem onkologicznym, ponieważ te ośrodki, zakłady patomorfologii, które współpracują z ośrodkami onkologicznymi, muszą prowadzić bardzo dokładną i odpowiedzialną diagnostykę, wykorzystując badania immunohistochemiczne, diagnostykę molekularną do oceny czynników predykcyjnych, prognostycznych w tym leczeniu, aby te procedury były uwzględnione w procesie diagnostyczno- leczniczym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Można jeszcze dodać, że zamiast zachęt do tego, aby lekarze kształcili się, aby było więcej patomorfologów, są przeciwne działania. To oczywiście wiąże się, panie ministrze, z pakietem onkologicznym. Wiadomo, że nie osiągnie się efektu od razu, ale w perspektywie kilku lat, jeżeli będą stworzone zachęty, to być może z tym wąskim gardłem, jeśli chodzi o liczbę patomorfologów, jakoś się uporamy. Zatem, gorąco namawiam do stworzenia jakichś możliwości. Bardzo proszę, pan prezes Kucharewicz.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie posłanki, panowie posłowie, panie ministrze, chciałbym krótko podzielić się z państwem refleksją na temat zmian jakie są dokonywane lub planowane w zakresie przepisów regulujących dostęp pacjentów do leków, w tym przede wszystkim do leków refundowanych. W naszej ocenie, zmiany nie powinny prowadzić do podważenia wypracowanych i utrwalonych od wielu lat, a wynikających z przyjętego podziału na poszczególne zawody medyczne, zasad sprawowania opieki medycznej nad polskim pacjentem. Tworząc nową konstrukcję prawną, powinniśmy zachować szczególną ostrożność przy przepisach, które istotnie zmieniają porządek w sferze wykonywania medycznych zawodów zaufania publicznego i których prowadzenie może zdestabilizować system refundacji leków. Wypracowane przez dziesięciolecia i podparte systemem kształcenia pracowników medycznych kompetencje zawodowe lekarzy i pielęgniarek, farmaceutów oraz diagnostów laboratoryjnych, nie mogą być traktowane instrumentalnie, a przepisy nie mogą być tworzone na potrzebę chwili. Z oczywistych względów, dokonując zmian w zakresie zasad dostępu pacjentów do leków, należy w pierwszej kolejności skorzystać z umiejętności, wykształcenia i doświadczenia farmaceutów. Farmaceuta to zawód ściśle związany z nauką o leku, jego stosowaniu, ordynowaniu, farmakologii, działaniach niepożądanych i interakcjach.

Proponujemy, aby na żądanie pacjenta wydawanie produktu leczniczego mogło być dokonywane przez farmaceutę w częściach, na podstawie tej samej recepty lekarskiej. Ilość leku wydawanego jednorazowo na podstawie tej samej recepty nie powinna być mniejsza niż niezbędna na jednomiesięczną kurację. Dzisiaj mamy już przepisy, które pozwalają tworzyć odpis recepty na lek tzw. stuprocentowy, a taka propozycja dotyczyłaby odpisu recepty na lek refundowany. Nasza propozycja ma moce umocowanie w polskim porządku prawnym. Ponadto podkreślić należy, że w niektórych systemach europejskich przyjęto zasadę, która nie podważa roli lekarza, a równocześnie wykorzystuje w pełni potencjał farmaceutów. Aprobowana prawnie i promowana merytorycznie jest zasada, że lekarz wystawia receptę na dany produkt leczniczy na okres, na przykład, 180 dni, a farmaceuta decyduje o udostępnieniu leku pacjentowi w częściach dostosowanych, po pierwsze, do możliwości finansowych i potrzeb pacjenta, a w niektórych modelach prawnych decyduje nawet, w porozumieniu z lekarzem, o powtórnym wydaniu leku bez konieczności kolejnej wizyty pacjenta u lekarza. Właściwe dostosowanie ilości leku do pacjenta, dokonywane przez farmaceutę w porozumieniu z lekarzem, to jeden z najważniejszych elementów idei opieki farmaceutycznej. Ciężar monitorowania terapii lekowej powinien zostać przesunięty na pracownika medycznego, farmaceutę. Rozwiązanie to pozwoli uszczelnić system ordynowania leków, nie spowoduje wydatkowania dodatkowych środków publicznych.

My mamy przygotowane gotowe rozwiązania. Oczywiście, jeżeliby ustawa trafiła do podkomisji, a panie posłanki i panowie posłowie, a przede wszystkim pan minister, zaakceptowaliby taką poprawkę, to i pacjenci, i lekarze, i my wszyscy mielibyśmy po prostu święty spokój z powtarzaniem leków i kolejnymi wizytami wyłącznie po wypisanie leków, po kolejne recepty. Myślę więc, że to rozwiązanie byłoby bardzo dobre i spowodowałoby istotną poprawę i zmniejszenie kolejek pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I na koniec, pani przewodnicząca. Bardzo proszę.

Radca w Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych Renata Górna:

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Renata Górna. Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, moja organizacja – OPZZ, reprezentuje przedstawicieli pracowników wszystkich zawodów w ochronie zdrowia. Opiniowaliśmy projekt w trybie konsultacji społecznych i tak naprawdę nikt nie odbiera słuszności podjęcia tematu, bo – tak, jak powiedziała pani przewodnicząca Małecka-Libera – projekt, a zwłaszcza pakiet onkologiczno-kolejkowy, dotyka dwóch obszarów obecnie nieakceptowanych społecznie, czyli kolejek i problemów w onkologii. Dlatego intencja jest jak najbardziej słuszna.

Na pewno nie byłoby tylu wątpliwości na tym etapie, na którym teraz rozmawiamy, panie ministrze, gdyby dobrą praktyką, którą kiedyś Ministerstwo Zdrowia realizowało, było spotykanie się środowisk, które opiniują projekty zwłaszcza zmian systemowych, jakie tu mamy w tym momencie, na etapie konferencji uzgodnieniowych, kiedy mogliśmy nawzajem poznać swoje zdania, kiedy też wspólnie dochodziliśmy do jakichś wniosków. Dlatego apel, aby w przyszłości takie konferencje uzgodnieniowe się odbywały, bo wtedy na pewno by nie było wielu wątpliwości, o których dzisiaj wielu moich przedmówców mówiło, i pakiet byłby bardziej przyjazny, mówiąc ogólnie.

Ponieważ wiele osób już dotknęło tematów, które moja organizacja zgłosiła w opinii skierowanej do pana ministra, chciałabym bardzo krótko, w kilku słowach dotknąć tych fundamentalnych obszarów, o których pisaliśmy. Oczekiwałabym, i prosiłabym pana ministra o ewentualne ustosunkowanie się do tych problemów. Skupię uwagę tylko na pakiecie onkologiczno-kolejkowym, jako że moja organizacja nie opiniowała na piśmie ustawy o konsultantach i pielęgniarkach, dając tę domenę tym środowiskom – samorządom, zarówno jednemu, jak i drugiemu. Niemniej jednak, ponieważ przychodziły do nas również opinie naszych organizacji zakładowych, podzielamy te wątpliwości, o których mówiła zarówno pani prezes, jak i pani przewodnicząca izby pielęgniarek i położnych o wątpliwościach odnośnie do wypisywania recept, odnośnie do tego trybu. Wydaje nam się, że jednak rozstrzygnięcia w tym zakresie powinny być wypracowane w dialogu właśnie z tymi środowiskami. Podobnie, jeżeli chodzi o konsultantów.

Teraz konkretnie, odnosząc się do pakietu kolejkowego. Jak powiedziałam, jest to problem nieakceptowany społecznie. Dobrze, że został podjęty. Natomiast ogólnie, patrząc z lotu ptaka na kolejkowy element tego pakietu, niepokoi nas dyscyplinowanie. Rozumiem, i zgadzam się z tą diagnozą, która została tutaj postawiona, że kolejki są jednak wynikiem wielu determinantów, zarówno po stronie systemu, niedoskonałości, jak i po stronie zachowań pacjentów, którzy do tego systemu nie mają zaufania i zapisują się w kilka kolejek jednocześnie. Na pewno dobre rozwiązania dotyczą monitorowania poprawności prowadzenia list, szczegółowych analiz ich sporządzania, czasu oczekiwania, weryfikowalności poprawności danych itd., ale jest też wiele przepisów dyscyplinujących pacjentów, jak chociażby to, o czym tu była mowa – przedstawienie oryginału skierowania przez pacjenta. Powstaje pytanie, czy samo przedstawienie tego oryginału rzeczywiście usprawni system kolejkowy. Drugi taki element. Czy przedstawienie skierowania do specjalisty w ciągu 14 dni od zarejestrowania pacjenta na wizytę w praktyce będzie łatwe do zrealizowania, skoro czas oczekiwania w różnych zakresach świadczeń jest w tym momencie długi?

Kolejne takie zachowanie dyscyplinujące pacjenta, które jednak nam się nie podoba, i jest wielkim znakiem zapytania, to wprowadzenie zasady, że zawinione przez pacjenta niezgłoszenie się w ustalonym terminie skutkuje skreśleniem z listy. Co to znaczy „zawinione"? Kto będzie o tym decydować, że dane zachowanie pacjenta czy niedojechanie do danej placówki z różnych powodów jest jego zawinionym zachowaniem? Są więc pewne elementy, które na etapie prac będą wymagać doprecyzowania. Niepokoi również – kończąc wątek dostępności – przy okazji innej ustawy przesunięcie terminu wejścia w życie elektronicznej dokumentacji. Wiadomo, że jest to podyktowane nieprzygotowaniem świadczeniodawców systemu, niemniej jednak, gdyby pewne mechanizmy były bardziej rozwinięte po stronie systemu, a nie tylko zachowania dyscyplinujące pacjentów, które miałyby system kolejkowy usprawnić, to myślę, że ta równowaga powinna być zachowana.

Drugi wątek, odnośnie do map potrzeb zdrowotnych. Wydaje się, że moja organizacja w pełni podziela uwagi, które były wcześniej zgłoszone przez moich przedmówców. Jeżeli chodzi o intencję, te mapy są bardzo dobrym pomysłem. Uważamy, że samokreowanie polityki na poziomie regionalnym jest bardzo dobre. Przypominam, że wielokrotnie rozmawialiśmy, nawet na posiedzeniu Komisji Zdrowia, o jednym organie założycielskim, o wojewodzie, więc kreowanie polityki zdrowotnej przez wojewodę na pewno jest dobrym pomysłem. Pytanie, jak ta mapa będzie realizowana i jak ona będzie tworzona w sensie składu wojewódzkich rad potrzeb zdrowotnych. W tym zakresie, na etapie prac będziemy

zgłaszać propozycje, aby jednak były tam reprezentowane samorządy zawodowe, aby reprezentowani byli pracodawcy, a nie tylko przedstawiciel organów założycielskich.

Chciałabym, aby pan minister był uprzejmy odnieść się właśnie do tego wątku, który poruszył mój kolega, przedstawiciel pracodawców, odnośnie do kontraktowania zarówno w roku następnym, jak i takiego przepisu zawartego w projekcie, który mówi o pomyśle długoletnich kontraktów dla placówek. Nie mówimy, że jest to negatywne rozwiązanie, niemniej jednak są wątpliwości odnośnie do długości tych okresów. Jedni świadczeniodawcy będą mieć 10 lat, a inni będą musieli być weryfikowani częściej. Tak więc, wydaje się nam, że to też wymaga doprecyzowania.

Odnośnie do onkologii chciałabym zwrócić uwagę na trzy rzeczy. Bardzo dokładnie słuchałam debaty sejmowej z udziałem pana ministra, kiedy pan minister obszernie mówił na temat finansowania onkologii. Jeśli pamiętam, 6,3 mld zł wydajemy na onkologię. To jest kwota zwiększająca się oczywiście co roku, niemniej jednak powstaje pytanie, czy nie można by realizować pakietu onkologicznego z udziałem dodatkowych środków, a nie tylko z udziałem tych, które są w Narodowym Funduszu Zdrowia. Czy realizacja tego pakietu, całkiem słuszna, nie spali na panewce, bo tych środków jest jednak ograniczona ilość? Chciałabym też zapytać, odnośnie do standardów i warunków, jakie muszą spełniać świadczeniodawcy, którzy będą realizować pakiet onkologiczny. Ustawa bardzo wyraźnie precyzuje kilka kategorii świadczeniodawców. Jest to dobry pomysł, nam też podobają się te modele, które są przyjęte, niemniej jednak też jest za mało doprecyzowań, jak te standardy... Tam była taka propozycja. Nie wiem, na ile na etapie konsultacji ona będzie zmodyfikowana, ale standardy mają być określone w rozporządzeniu. Nam wydaje się jednak, że to ustawa jest właściwym miejscem, żeby określić, jaki ma być standard poszczególnych placówek. I ostatnie pytanie. Czy została dokonana analiza zasobów świadczeniodawców? Czy Ministerstwo Zdrowia ma taką mapę, jaka jest skala w każdej kategorii świadczeniodawców na dzisiaj, na moment wejścia w życie tego pakietu, bo chodzi też o realizację praktyczną tego pakietu, a nie tylko zapisanie słusznych skądinąd postulatów. Ja nie dopatrzyłam się w uzasadnieniu do tego projektu analizy zasobów.

To są bardzo ogólne uwagi. Większość z nich zawarliśmy w piśmie, przekazując opinię do resortu. Obawiamy się, że pakiet, który będzie wprowadzony w trybie tak niepokojąco szybkim – wobec medialnych zapowiedzi, aby wszedł w życie jak najszybciej, skądinąd słusznych... Niemniej jednak, prosilibyśmy, aby tempo prac nie było zwrotne, żeby te uwagi, o których mówili moi przedmówcy, nie zginęły w dyskusji. Liczymy więc na to, że zasady przyzwoitej legislacji i słuchania głosu środowiska będą uwzględnione.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Widzę, że zgłasza się jeszcze pani prezes. Myślę, że to już ostatni głos. Proszę bardzo.

Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Elżbieta Puacz:

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Elżbieta Puacz. Szanowni państwo, Krajowa Izba całkowicie popiera program i pomysł przedstawiony przez pana prezesa Kucharewicza, dotyczący przedłużania recept i możliwości otrzymywania leków bezpośrednio z apteki, ponieważ – tak, jak tu było wspomniane – bardzo ważne jest wykształcenie i przygotowanie osób, które odpowiadają za te sprawy. Natomiast niepokojące dla środowiska diagnostów jest to, że do tej pory pielęgniarka mogła wypisywać skierowanie na badania diagnostyczne i laboratoryjne, ale musiała posiadać tytuł specjalisty. Obecnie w pkt 6 jest napisane, że pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwa lub położnictwa. Proszę państwa, tam w ogóle nie ma zakresu diagnostyki. Jest zaledwie 30 godzin z biochemii i bodajże 15 godzin z mikrobiologii. Dopiero na studiach magisterskich są zagadnienia dotyczące diagnostyki laboratoryjnej. Natomiast, przykre jest to, że diagnosta, nawet specjalista z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, musi pytać lekarza, czy może wykonać dodatkowe badania, widząc wynik wątpliwy czy wymagający zastanowienia, co z nim zrobić. Natomiast w tym przypadku – bądźmy szczerzy – osoba, która, tak jak było

powiedziane, musi mieć odpowiednią wiedzę z tego zakresu, może bezpośrednio wykonać takie skierowanie. Bardzo serdecznie dziękujemy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To był ostatni głos w dyskusji. Bardzo proszę, pan minister.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Odniosę się bardzo krótko, bo dyskusja jest i jeszcze będzie wyczerpująca. Chciałbym tylko zwrócić się do państwa w kilku słowach i wyjaśnić kilka wątpliwości. Chciałbym bardzo podziękować środowisku pielęgniarskiemu – pomimo kilku uwag – za wsparcie projektu dotyczącego recept. Pani przewodnicząca, ja z całym oddaniem i sympatią myślę, że warto zaufać środowisku, które pani reprezentuje. Naprawdę nie trzeba trzech lat, żeby pielęgniarki z wyższym wykształceniem mogły pisać recepty. Więcej zaufania, bo naprawdę pielęgniarki mamy świetnie wyszkolone. Ja w nie wierzę i trzymam kciuki za to, żeby to się udało.

Przechodząc do pracodawców, drodzy państwo, chciałbym, żebyśmy nie wypaczali idei opinii wojewodów. To nie jest decyzja administracyjna w sprawie wpisania do rejestru podmiotu leczniczego, tylko to jest opinia rankingująca, która bierze udział w rankingowaniu w przystępowaniu do środków publicznych. Jeżeli ktoś chce prowadzić biznes prywatny, to musi go zarejestrować u wojewody, i tyle. Jeżeli zamierza ubiegać się o środki publiczne, to musi wpisywać się w mapy zapotrzebowania zdrowotnego i mieć opinię wojewody, która tylko rankinguje, a nie zabrania lub pozwala. Musimy mówić o twardych faktach, ale też bardzo dziękuję pracodawcom za czynny udział w wielotygodniowej dyskusji nad wieloma różnymi rozwiązaniami. Cieszę się, że mimo różnych stanowisk środowisk, które reprezentujemy, mamy wspólne zdanie, podobnie jak ze środowiskiem pielęgniarskim.

Pani przewodnicząca Janicka mówiła o strasznym przypadku młodej dziewczyny. Oczywiście, nie mam zamiaru odnosić się do pojedynczego przypadku, ale powiem pani przewodniczącej tak. Ja też zawodowo zajmuję się onkologią i powiem szczerze, że robimy to po to, żeby nie było dokładnie tak, jak pani przed chwilą powiedziała.

Zaś odnośnie do finansów, szanowni państwo, trudno ująć w planie finansowym NFZ rozwiązania, które dopiero są przedmiotem debaty w parlamencie. Najpierw przyjmijmy ustawy, rozporządzenia i produkty finansowe, a potem siądźmy do negocjacji finansowych w palnie finansowym NFZ. To oczywiste. Dlatego dzisiaj musimy te ustawy przeprowadzić, żeby rozpocząć nowe myślenie o onkologii i o systemie oczekiwania do specjalisty.

I kończąc, powiem tak. Z wielką uwagą wsłuchałem się we wszystkie merytoryczne uwagi. Odcinam się od kilku, które padły tutaj publicznie. Odcinam się od takiej deklaracji, że generalnie to powinniśmy zreformować system. Drodzy państwo, tych, co reformowali ten system w całości, było przynajmniej kilkunastu. Żadnemu się nie udało. Robimy po kolei to, co zmienić można, i to, co zrobić trzeba. Punkt po punkcie, krok po kroku, i do przodu. A wielkich reformatorów systemu zapraszam do odwiecznych debat w odwiecznie wielkich środowiskach, które od wielu lat zajmują się tym samym, a system trzeba po prostu naprawiać krok po kroku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. W takim razie, zanim przejdziemy do głosowania, ponieważ zaproponowałem powołanie podkomisji w tej sprawie, mam jeszcze uwagę techniczną i prośbę. Ponieważ – jak słyszałem – niektórzy z państwa mówią, że pewne swoje uwagi zgłaszali do ministerstwa, proponuję, aby ci państwo z tych środowisk, które nie zgłosiły uwag do Komisji, a zgłosiły je tylko do ministerstwa, przekazały je również do Komisji, aby posłowie mieli ewentualnie możliwość zapoznania się z tymi opiniami lub wykorzystania ich przy okazji redagowania poprawek.

Proponuję w tej sprawie powołanie podkomisji 11-osobowej, w składzie – 5 osób z Platformy Obywatelskiej, 3 osoby z PiS, jedna osoba z PSL, jedna osoba z Twojego Ruchu i jedna z SLD. Czy jest głos przeciwny? Bardzo proszę, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Tak, ja chciałbym złożyć wniosek przeciwny, żebyśmy nie powoływali podkomisji, tylko procedowali ustawę na posiedzeniu Komisji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem. W takim razie, będziemy głosować. Ogłaszam 30 sekund przerwy technicznej. Wszystkich państwa posłów proszę o włożenie kart do czytników.

Przechodzimy do głosowania. Kto z pań i panów posłów jest za powołaniem podkomisji do rozpatrzenia tych trzech projektów ustaw? Kto jest przeciwny? Kto wstrzymał się od głosu?

Stwierdzam, że 5 osób głosowało za, 15 przeciw, 1 osoba wstrzymała się od głosu. Tak więc podkomisja nie będzie powołana. Będziemy procedować projekty całą Komisją, niestety, już nie w dniu dzisiejszym, dlatego, że za 15 minut w tej sali będzie się odbywać posiedzenie Klubu Parlamentarnego Prawo i Sprawiedliwość.

Pozwolą państwo, w takim razie, że przekażę jeszcze informację o tym, jak będziemy procedować. W dniu jutrzejszym o godzinie 15.00 rozpoczynamy prace nad tym pakietem ustaw, i będziemy procedować – w uzgodnieniu z właśnie wychodzącym panem ministrem – w następującej kolejności. Najpierw będzie procedowany druk nr 2504, a na koniec druk 2503. W czasie procedowania będzie przerwa, bo o godzinie 17.00 odbędzie się posiedzenie Komisji Zdrowia poświęcone projektowi senackiemu dotyczącemu prawa atomowego. Po przyjęciu lub odrzuceniu tej senackiej nowelizacji – bardzo proszę o jeszcze chwilę cierpliwości i ciszę – będziemy mogli dalej procedować. Salę w dniu jutrzejszym mamy do dyspozycji do godziny 20.00. Ewentualnie, jeżeli będzie taka potrzeba, możemy rozpatrywać te projekty ustaw w czwartek.

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.